عالم المعرفة
239
سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت

الإكتئاب

اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه

تأليف
د. عبد الستار إبراهيم



سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت

صدرت السلسلة في يناير 1978 بإشراف أحمد مشاري العدواني 1923 ـ 1990

239

الاكتئاب

اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه

تأليف

د. عبد الستار إبراهيم



نوفمبر 1998

المحتوى

المحتوى المحتوى المحتوى

المحتوى

مقدمه وشكـر

يمثل هذا الكتاب حصيلة جهد أكاديمي وعملي في حقل الممارسة النفسية. بدأت التفكير في كتابته منذ سنوات عدة، وبالتحديد إثر ظهور كتابي السابق «العلاج النفسي الحديث: قوة للإنسان»، وقد دفعني للكتابة عن هذا الموضوع الشاق أكثر من هدف. ولعل من أول هذه الأهداف ذلك الذي يتصل بطبيعة الموضوع نفسه، أي موضوع الاكتئاب النفسي. فالاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بعد القلق، ومن أكثر المشكلات الانفعالية التي بينت لي خبرتي، في العالم العربي، أنها تدفع الناس لطلب العون النفسي والاجتماعي والأسري. وغني عن البيان أن نسبة الاكتئاب تشكل مع القلق أعلى نسبة بين زوار العيادات النفسية في المستشفيات والمصحات النفسية، ومراكز العلاج النفسي في الجامعات ومؤسسات الصحة النفسية.

وهناك ما يشير إلى أن الناس في الحياة المعاصرة، يعانون من الاكتئاب بصورة أكبر مما كانت مجتمعات الماضي وحضارات السابق تعاني منه، ولو أن الأقدمين عربا وغير عرب عرفوه ووصفوه، وأعطوه كثيرا من الأسماء والمصطلحات التي أشارت إلى مرارة الإحساس به وآلام المعاناة منه. ومن المعروف أن هناك أكثر من مائة مليون شخص يعانون من الاكتئاب، وأن هؤلاء يتركون تأثيرات سلبية في أعداد مماثلة. ويمثل هذا العدد فقط

الحالات الرسمية، أي الذين تصل حالتهم إلى درجة من السوء تتطلب الالتحاق بمستشفى أو عيادة نفسية طلبا للعون. ومن المؤكد أن هناك أعدادا مماثلة أو أكثر من ذلك بكثير تعاني من الاكتئاب بصمت وألم، دون أن يجرؤ الواحد منهم أو الواحدة منهن على طلب العلاج رسميا، هذا لو فرضنا أن هذا العلاج ومؤسسات العلاج النفسي والسلوكي متوافرة، ومتاحة. وفي ظل غياب الوعي والانتباه، وفي ظل الافتقار إلى الرعاية النفسية والعلاج النفسي، يترك هؤلاء الأشخاص أو يتركون أنفسهم تحت رحمة الظروف، والمعاناة السلبية، والمجاهدة المتخبطة للنفس للإفلات من المعاناة والألم، الذي قد يطول أحيانا لدرجة الموت أو الانتحار.

فضلا عن هذا، فإن آثار الإصابة بهذا الاضطراب، تمتد لتشمل كل حياة الشخص النفسية والاجتماعية. ولهذا تتزايد المشكلات الصحية بمعناها الجسمي والنفسي بين المكتئبين، وتقل فرص شفائهم من الأمراض الأخرى عن غيرهم ممن لا يتعرضون للإصابة به. بعبارة أخرى، فإن فرص الشفاء من المرض الجسمي، واضطراب الوظائف العضوية تطول إذا كان المرض مصحوبا بشخصية تميل للاكتئاب، ولا ترى منافذ الأمل في الحياة. مما يجعل دراسة هذا الموضوع على المستوى الصحي والطبي العام مطلبا من المطالب الأساسية.

ونظرا لأن هذا الاضطراب لا يميز بين إنسان ذكي وغير ذكي، ولا بين مشهور وغير مشهور، ولا بين مفكر وغير مفكر، فإننا قد نستطيع ـ أيضا ـ أن نقدر مدى النتائج السلبية التي تلم بالحياة الاجتماعية والسياسية، نتيجة لما يأخذه المصابون بهذا الاضطراب في المواقع الاجتماعية المهمة من قرارات قد تمس سلامة المجتمع، أو استقرار النظام الديني والاجتماعي له.

وعلى المستوى العربي تتزايد أهمية الكتابة عن هذا الموضوع. فالدراسات المسحية الوبائية التي أجريت على المستوى العالمي والمحلي، تبين أنه لا صحة للقول بأن الاكتئاب ظاهرة أمريكية وأوروبية. فهو ينتشر بنسب متقاربة في غالبية المجتمعات، وتتزايد نسبة انتشاره من جيل إلى جيل، وتتسع قاعدته الاجتماعية الزمنية تدريجيا. فأصبح يصيب الأطفال والمراهقين بعد أن كان يعتقد أنه مرتبط بالأعمار الكبرى. وبالرغم من عدم وجود

دراسات عربية منظمة تبحث مدى انتشار الظواهر المرضية في المجتمع، فإن بعض الدراسات التي قام بها كاتب هذه السطور، مستقلا أو بالتعاون مع زملاء آخرين في بعض أجزاء من العالم العربي، بينت أن المواطن العربي يعاني كغيره من هذا الاضطراب وما يرتبط به من مشكلات أخرى، ولو أنه في وضع أسوأ من زميله الغربي أو الأمريكي، لسبب جوهري يتمثل في قلة حجم المعروض من خدمات نفسية واجتماعية متخصصة، تتلاءم مع مستوى الخطورة التي يمثلها انتشار هذا الاضطراب. ودفعتني للتفكير في الكتابة عن هذا الموضوع، أيضا، قلة ما كتب عنه في بيئتنا العربية، والقليل الذي كتب اقتصر ـ في حدود ما أعلم ـ على التركيز على الجوانب التقليدية من التشخيص والعلاج النفسي. ومما يلفت النظر أن الكتابات العربية عن الاكتئاب، وعوامل تطور الإحساس باليأس والتشاؤم، ركزت على دراسة الاكتئاب بوصفه مرضا طبيا، ولم تركز عليه بصفته اضطرابا يصيب الناس العاديين. ومن ثم لم تتح لطائفة عريضة من الجمهور العادي الذي يعاني من أعراض الاكتئاب، فرص الاطلاع والاستفادة الذاتية المنظمة من الأساليب العلاجية الحديثة. كما لا أعرف ـ في حدود علمي أيضا ـ بوجود أي مؤلفات عربية تشرح للناس المهتمين بهذا الموضوع، الجوانب المتكاملة من العلاج النفسي الطبي والسلوكي. وحتى مع تنويه بعض هذه الكتابات إلى أهمية العلاج الطبي والسلوكي معا، فإنها وقفت عند حد الشرح الأكاديمي دون أن تشرح بعض التطورات المعاصرة في نمو حركة العلاج السلوكي والمعرفي، وكيفية تطبيق مناهجها، وإجراءات هذا التطبيق ومتابعة نتائجه. وهي ثغرة حاولت أن أتلافاها بوضع هذا الكتاب بين يدي القارئ العربي.

فهذا الكتاب يمثل إذن حصيلة اهتمام مهني، وأكاديمي تطور لديّ عبر سنوات طويلة من ممارسة العلاج النفسي السلوكي والمعرفي في الوطن العربي والولايات المتحدة. وقد فرضت عليّ مقتضيات المنهج، والبرنامج العلاجي المتعدد المحاور الذي توثقت صلتي به منذ سنوات عدة، فرضت علي أن أقسم هذا الكتاب إلى ثلاثة أبواب على النحو الآتي:

الباب الأول يقدم بعض الحقائق العامة عن مفهوم الاكتئاب، وآثاره على الفرد والحياة الاجتماعية والصحية، فضلا عن سبل التعرف عليه بالشكل المنهجي الذي يتكامل مع التخطيط العلاجي. أما الباب الثاني، فهو يتكون

من سبعة فصول تتضافر فيما بينها، لشرح أهم التفسيرات والأسباب، كما تقدمها مختلف النظريات العلمية لتفسير الاكتئاب. ومن خلال هذا الجزء سيتعرف القارئ على الكثير من العوامل المرتبطة بتطور الاستجابة الاكتئابية، بما في ذلك العوامل البيولوجية والضغوط الخارجية، وأخطاء التعلم الاجتماعي، والافتقار إلى المهارة الاجتماعية في معالجة الصراعات الخارجية والتوترات المختلفة، فضلا عن الأخطاء المتعلقة بأسلوب التفكير في الذات والآخرين.

ويركز الباب الثالث، على شرح التيارات المعاصرة في العلاج النفسي السلوكي للاكتئاب. ولهذا يتكون هذا الجزء من ثمانية فصول، يمثل كل فصل منها برنامجا علاجيا يتكامل مع البرامج الأخرى، بهدف معالجة الاكتئاب من مختلف جوانب القصور لدى المكتئب. ومن ثم يجد القارئ لهذا الجزء شرحا لأهم المحاور العلاجية، وما تحتوي عليه هذه المحاور من فنيات مختلفة. فهناك شرح لأسلوب الاسترخاء والتخيل، بوصفهما طريقتين للتغلب على مشاعر الكدر والتوتر التي تغلب على الشخص في هذه الحالات. وهناك فصول تركز على أهمية تدريب المهارات الاجتماعية، وتدريب الثقة بالنفس. وهناك فصل مفصل عن العلاج المعرفي ومعالجة أخطاء التفكير واللاعقلانية في تفسير الأمور، وإدراك الذات لدى المكتئبين. هذا فضلا عن تقديم بعض المناهج السلوكية المهمة بما فيها معالجة الضغوط النفسية، والتعامل مع اليأس المكتسب من خلال النشاطات السارة، وسبل اكتساب الأمل بديلا للتفكير السلبي والمرضي الذي يغلب على المكتئبين.

وتجب الإشارة إلى أن أهمية الأساليب التي ذكرتها لتحقيق الأهداف المرجوة منها، ترتهن بأنواع الاكتئاب التي أتاحت لي الظروف متابعتها. بعبارة أخرى، فإن هناك أنواعا أخرى من الاكتئاب لم يتطرق هذا الكتاب لها، مما لا يغني عن الاستشارة النفسية والطبية إذا ما تطلبت ظروف الشكوى ذلك. فضلا عن أن الكثير من هذه الأساليب العلاجية لكي تصل إلى فائدتها المطلوبة، يجب أن تستخدم مع الأساليب البيولوجية والعضوية والاجتماعية الأخرى. ولهذا فقد أفردت فصلا كاملا يشرح أهمية التكامل بين كل أنواع المعالجة النفسية والاجتماعية والعضوية.

وليقيني القوي بأهمية المعالجة الذاتية، فقد حاولت أن أشرح بشيء من

التفصيل أنواع الفنيات التشخيصية والعلاجية المستخدمة، مع التركيز على كيفية استخدامها، ومتابعة نتائجها. وزيادة في التوضيح، وضعت أمثلة واقعية من حالات كثيرة استقيت غالبيتها العظمى من واقع الممارسة في العالم العربي. وإذا وجد القارئ في هذا الكتاب شيئا إيجابيا، فإنني يجب أن أعترف بأنني لست صاحب الفضل الأوحد في ذلك. فقد تعلمت من مرضاي بشكل خاص الكثير، فالثقة التي منحوني إياها، والإيمان العميق بالبحث عن سبل الخلاص من المعاناة اليومية، أضافا كثيرا من الوضوح إلى أجزاء كثيرة من هذا الكتاب، فلهم الفضل في هذا. كما يجب أن أنوه بفضل كثير من الزملاء في حقل الطب النفسي، وعلم النفس الإكلينيكي على السواء على ما لمسته منهم من تفتح على الجديد، وإيمان بدور كل العلوم الإنسانية والطبية في التعامل مع المعاناة البشرية. ومن الزملاء الأصدقاء الذين يجب أن أخصهم بالذكر، بسبب ما أمدتني به صداقتهم من استبصار مباشر أو غير مباشر بأهمية تبادل التفكير، والمشاعر الدافئة معالي الأستاذ الدكتور عبد العزيز الدخيل والدكتور عبدالله عسكر والدكتور ماجد غالب كامل. أما الدكتورة رضوى إبراهيم، فقد كان لها أكثر من دور واحد في وضع هذا الكتاب بالصورة التي هو عليها. ففضلا عما أمدتني به من دعم نفسي، وعلاقة زوجية دافئة ساعدتني على مواصلة مسيرة طويلة من الكتابة والتأليف، قد أضافت من الناحيتين العلمية والعملية الكثير إلى مادة هذا الكتاب بشكل خاص، بسبب ما أمدتني به من ملاحظات وما سمحت لي بوضعه من أمثلة أو حالات تشاركنا في علاجها. كما يجب أن أنوه بفضل كثير من العلماء والمؤلفين الأجانب خاصة بروفيسور «بيك» Beck، و «زكرمان» Zuckerman و «ليوبين» Lubin و «ألبرت إليس» Ellis، لسماحهم لي بترجمة بعض مقاييسهم النفسية، وتوظيفها مع بعض أفكارهم ومقترحاتهم للأغراض الأكاديمية والممارسة في البيئة العربية. وإلى كل هؤلاء وقرائي الراهنين والسابقين، الذين منحوني الإيمان بقيمة ما أضع بين أيديهم من كتابات، أهدي هذا العمل.

عبد الستار إبراهيم

١٩ فبراير 1998

الباب الأول
ما يجب أن نعرفه عن الاكتئاب

١ حقائق عن المفهوم

لعلي لا أحتاج إلى بذل جهد كبير كي أعرف القارئ بمفهوم الاكتئاب. فجميعنا وربما دون استثناء مرت علينا لحظات طوال أو قصار عانينا خلالها من الحزن والأسى على بعض الآمال المجهضة، أو الفرص التي ولت، أو الأعزاء والأصدقاء ممن فقدناهم أو افتقدناهم، أو على مكان هجرناه طائعين أو مرغمين... الخ. وجميعنا بلا استثناء خبر أو شعر في لحظات ما أن الحياة أصبحت عديمة الجدوى، وأنها كفاح طويل وعقيم، ولحظات الفرج فيها والسعادة أقل بكثير مما فيها من مشقة وجهد، وأن المرء لم يعد بمقدوره أن يتحمل فيها الجهد أو المشقة. وكلنا مرت علينا فترات كنا فيها نهبا للشعور بالإرهاق السريع، وفقدان الهمة والتقاعس عن الحركة، والعزوف عن بذل النشاط.

ربما اختبر بعضنا هذا الإحساس بصورة أشد، فاختلط تعبيره عن ذلك الشعور بفترات أطول امتزج فيها ـ مع الحزن، وخيبة الأمل والأسى ـ البكاء، وفقدان الشهية، واضطراب النوم، والتشاؤم، وربما اليأس من مستقبل طيب يحملنا على مواصلة الحياة والكفاح من أجلها.

في مثل هذه اللحظات، يصبح العمل البسيط

جهدا لا يطاق، ونجد طاقتنا وكأنها نضبت حتى عن القيام بالأعمال الروتينية الصغيرة بما في ذلك مثلا، عنايتنا بأمورنا الصحية اليومية العاجلة كتنظيفنا لأسناننا أو الحلاقة أو الاستحمام، أو التحضير لأمر مهم يتطلب دراسة أو عملا.

لكن هناك أكثر من سبب يحملني على التعريف بهذا المفهوم، وتقديمه للقارئ العربي بصورة واضحة. فأنّ نعاني من الشيء، لا يعني أننا نفهم كنهه، وأسراره. ومن ثم فإننا نترك للعلماء والمختصين فرصة تعريفنا به، بصورة تحقق لنا معرفة شروط حدوثه، وانتشاره، وما يصحبه من علامات واضحة أو غير واضحة، هذا من ناحية.

ومن ناحية أخرى، فإن معرفتنا ومعاناتنا من الشيء، لا تعني أننا نستطيع أن نتحكم فيه، وأن نضبطه، ونتحكم في سبل علاجه، وهذا في حد ذاته يكفي أن يجعل من إثارة هذا الموضوع، وتقديمه للقارئ العربي هدفا جليلا من أهداف العلم.

ومن ناحية ثالثة، يعبر الاكتئاب عن مجموعة من الأعراض المركبة ـ التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية depressive syndrome. فمن المعروف أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب النفس. ويجيء عند البعض الآخر مختلطا مع شكاوى جسمانية، وأمراض بدنية بصورة قد لا نعرف الحدود بينهما. ويعبر البعض الآخر عنه، في شكل مشاعر باليأس، والتشاؤم، والملل السريع من الحياة والناس... وهكذا. وربما تجتمع كل هذه الأعراض معا في شخص واحد. تنوع هذه الأعراض، واختلاطها مع غيرها من أمراض نفسية وجسمانية أخرى، هو ما يدفعنا إلى التعريف بهذا المفهوم لتمييزه عن غيره، ووضعه فيما يجب أن يوضع فيه من وضوح وتبلور.

ومن ناحية أخرى، فإن تنوع أعراض الاكتئاب، والتباين الشديد بين الأفراد في اختبار هذا الإحساس، قد يثير أمام العين غير المدربة صعوبة في التعرف عليه، بأعراضه المتنوعة، وأوجهه المتعددة. ومن هنا، تقل فرصة تعرفنا عليه عندما يصيبنا، أو يصيب المقربين منا وأعزاءنا، فلا نقدم لهم العون الذي ينشدونه. وانطلاقا من هذه الحاجة نقدم فيما يلي شرحا

للأشكال المتنوعة التي ينطوي عليها هذا المفهوم، وما يشمله من أعراض.

الاكتئاب نماذج وأنواع

الاكتئاب بالنسبة للغالبية العظمى من الناس يعبر عن استجابة عادية تثيرها خبرة مؤلمة كالفشل في علاقة، أو خيبة أمل، أو فقدان شيء مهم كالعمل، أو وفاة إنسان غال. وما يميز هذا النوع العادي من الاكتئاب، أنه يحدث لفترات قصيرة قد لا تزيد على أسبوعين، كما أنه عادة ما يكون مرتبطا بالموقف الذي أثاره (O'Leary & Wilson 1975)(*).

أما ما يسمى بالاكتئاب المرضي (أو الإكلينيكي)، فهو عادة يتميز بأربع خصائص على النحو الآتي:

1 ـ أكثر حدة.

2 ـ يستمر لفترات طويلة.

3 ـ يعوق الفرد بدرجة جوهرية عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة.

4 ـ الأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة، أو متميزة، بالشكل الذي نراه عند الغالبية العظمى من الناس.

ولعل من المفيد أن نشير هنا إلى أننا عندما نقول إن فردا ما مصاب بالاكتئاب، فإننا لا نعني هنا أنه مصاب بشيء أشبه بالمرض الجسمي، والالتهابات، والكسور... الخ. لا نعني ذلك، بالرغم من أن بعض أعراض الاكتئاب قد يستدل عليها من خلال بعض الشكاوى والأمراض الجسمية، وبالرغم من أن الاكتئاب قد يكون من العوامل المساهمة في إحداث المرض. والأحرى أن ننظر إلى الاكتئاب، (وغيره من الاضطرابات النفسية كالقلق) بصفته مفهوما يشير إلى مجموعة من الخبرات والمشاعر وردود الأفعال التي يختبرها الفرد على نحو وجداني مرضي، وتشتمل على مجموعة من الأعراض التي يتزامل ظهورها ـ أو بعضها ـ معا.

وقد يكون ظهور الاكتئاب على نحو واضح، مرتبطا ببعض الأحداث المأساوية ككوارث موت الأعزاء، أو الانفصال، أو الكوارث المادية. ولهذا يطلق العلماء على هذا النوع من الاكتئاب. مفهوم الاكتئاب الاستجابي reactive

(*) الإشارات التي بين الأقواس تشير إلى بيانات رئيسية عن المرجع، ويجد القارئ البيانات الكاملة عن المرجع في قائمة المراجع في نهاية الكتاب.

depression، إشارة إلى خاصية ارتباطه بوجود مواقف أو أحداث خارجية، أو نازلات تلم بالشخص. وفي هذه الحالة تكون الاستجابة مرتبطة بالموقف، وعادة ما تنتهي بفترة قصيرة، يكون بإمكان صاحبها بعدها أن يمارس حياته المعتادة.

أما إذا استمر الاكتئاب، حتى بعد زوال فترة الحداد لفترة طويلة (يحددها الدليل التشخيصي الأمريكي بأسبوعين أو أكثر)، فهنا يحدث ما يدفعنا إلى تسميته بالاكتئاب العصابي. وما يميز الاكتئاب العصابي عن الاكتئاب العادي (الاستجابي) أن المزاج المضطرب، ومشاعر النكد، واليأس تكون أكثر حدة وأكثر استمرارا. ويمتزج الاكتئاب العصابي بخليط آخر من المشاعر العصابية بما فيها القلق والتوجس والخوف من المستقبل، ومشاعر التهديد والإحباط. وتتشكل من هذا النوع أنماط فرعية متعددة لعل من أهمها ذلك الذي يسميه يحيى الرخاوي (1979، ص 155) الاكتئاب اللزج (أو النعاب)، nagging or sticky depression وفيه يبدو الشخص اعتماديا، سلبيا، كثير الشكوى، ناعيا حظه، ومتفننا في اكتشاف أخطائه، والإعلان عن جوانب ضعفه، وسلبياته.

ويحدث الاكتئاب في أحيان كثيرة من فترة لأخرى في حياة الشخص، دون وجود أسباب خارجية واضحة، وهذا هو النوع الذي يسمى بالاكتئاب الداخلي endogenous. وعادة ما ينظر الأطباء إلى هذا النوع من الاكتئاب على أنه أشد خطرا من النوع الاستجابي، وعادة ما تكون خطة علاجه مزيجا من العلاجات النفسية، والعضوية بما فيها العقاقير المضادة للاكتئاب، وربما بعض الجلسات الكهربائية.

وفي أحيان أخرى يجيء الاكتئاب في شكل دورات تتلوها أو تسبقها دورات من الاهتياج والهوس، والنشاط الزائد، وهو ما يسمى بالاضطراب الدوري أو اضطراب الهوس والاكتئاب manic depressive psychosis. وينظر لهذا النوع على أنه أشد خطرا لأنه لا يصيب مشاعر المريض وعواطفه فحسب، بل يصيب كثيرا من قدراته الأخرى بما فيها قدرته على التفكير السليم، وعلاقاته الاجتماعية، وتشويه إدراكه لنفسه وللعالم المحيط به. ومن ثم قد يصبح المريض خطرا على نفسه، بسبب إهماله الشديد لحاجاته الإنسانية والحيوية، أو بسبب ما قد يرتكبه من أفعال حمقاء ضارة به

كالانتحار، ذلك الفعل الذي يتوج قمة عجزه، وإحساسه باليأس.

وهناك ما يسمى بالاكتئاب الموسمي seasonal depression، والذي تبين أنه يشيع عند بعض الأشخاص في بعض شهور السنة خاصة في أشهر الشتاء، حيث يكون النهار قصيرا، والليل طويلا. وعادة ما يجيء هذا النوع من الاكتئاب في شكل رغبة في الانعزال، والميل للحزن، مع ميل شديد للأطعمة الغنية بالدهون والكربوهيدرات. أما أسباب هذا النوع من الاكتئاب فغير معروفة حتى الآن، ولو أن بعض العلماء يرون أنه بسبب تزايد إفرازات بعض الهرمونات التي ترتبط بالتعرض لفترات طويلة من العتمة. ولهذا نجد أن هناك من ينصح بأن يحاول الشخص المعرض للإصابة الموسمية بالاكتئاب، أن يأخذ قسطا وافيا من أشعة الشمس في الفترات السابقة على الغروب. وانطلاقا من هذا التفسير نجد الشركات الأمريكية، تعرض للبيع أجهزة تشتمل على لوحات كهربائية، تصدر أضواء وأشعة ضوئية مماثلة للشمس، حيث يمكن للفرد المصاب بالاكتئاب الموسمي، أن يبقى معرضا لها خلال المساء. ولكن نتائج هذه المحاولات العلاجية، لا تزال غير مؤكدة تماما.

وعن الاكتئاب الموسمي، وفرضية تفسيره بأشعة الشمس، تبقى ملاحظة تحتاج إلى تفسير: ماذا عن الدول التي تتعرض لدرجة وفيرة من أشعة الشمس، كالدول الأفريقية والشرقية؟ هل يتعرض أفرادها بالفعل مثلهم مثل زملائهم في الغرب إلى هذا النوع من الاكتئاب في موسم الشتاء؟ الحقيقة أنني عندما كنت أطرح هذا السؤال على طلابي، كنت أجد إجابات تنفي ذلك، بل إن بعضهم يذكر العكس: أن غروب الشمس في فصل الشتاء أو الصيف، عادة ما يثير لديهم البهجة والحيوية، وأن أحلى الفترات لديهم، هي تلك الفترات التي تغيب فيها الشمس، وينزل المطر، وأن الشتاء بالنسبة لهم هو الموسم المحبوب والمرغوب. ملاحظاتهم تلك، نذكرها دون تأييد أو معارضة، ولكنها تثير أسئلة تشير بضرورة معالجة موضوع الاكتئاب الموسمي معالجة علمية لمعرفة شروطه الاجتماعية والحضارية، وربما الجغرافية أيضا.

في الغرب أيضا لاحظ العلماء والعامة أن نوبات الاكتئاب تزيد في موسمي الكريسماس وعيد رأس السنة، لدرجة أنه لا تكاد توجد جريدة أو

مجلة تصدر في تلك الفترة من السنة ـ في الولايات المتحدة ـ دون أن تتعرض لهذا الموضوع، ولدرجة أن مجلة «مرشد القارئ للدوريات الأدبية Readers Guide to Periodical Literature»، بدأت سنة 1985 تفرد جزءا مستقلا عن المقالات والموضوعات التي صدرت عن هذا الموضوع. ولما كانت هذه النتيجة تتعارض مع ما هو شائع عن الأعياد كأيام للفرح والبهجة، ولأن هذين العيدين (الكريسماس ورأس السنة)، يحلان في الشتاء، فهل لذلك صلة بانتشار الاكتئاب الموسمي في تلك الفترات من السنة؟ سؤال لا يزال بدوره مطروحا على الساحة العلمية وينتظر من يتقدم لإجابته وفق مناهج العلم.

والخلاصة: من الواضح إذن أن الاكتئاب يرتدي أثوابا متعددة، ويجيء في أنواع متباينة يصعب علينا ذكرها بكاملها هنا. ومن ثم نحتاج إلى التعرف على مجموعة أو زملة الأعراض المميزة له في شمولها.

الزملة الاكتئابية

شأن الاكتئاب ـ إذن ـ هو شأن الكثير من الاضطرابات النفسية والوجدانية، يفصح عن نفسه في مجموعة من الأعراض المتزاملة، بعضها مادي (عضوي)، وبعضها معنوي (ذهني ومزاجي)، وبعضها الثالث اجتماعي. هذه الأعراض هي التي نسميها الزملة الاكتئابية. وهي تشتمل ببساطة على جوانب من السلوك والأفكار، والمشاعر التي تحدث مترابطة ـ أغلبها أو بعضها ـ والتي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي، وتشخيصه، ويمكن تفصيل هذه الزملة من الأعراض على النحو الآتي:

ـ الانهباط والكدر:

ونقصد هنا الإشارة إلى سيطرة مشاعر الاستياء والكدر dysphoria وعدم البهجة، أي نقيض ما يدفعنا بالشعور بالجزل والحبور euphoria ، ومن ثم نجد أن المكتئب عادة ما يبدو حزينا ومغموما، وبائسا يائسا من حياته التي تبدو له في الغالب خالية من المعنى والقيمة.

وقد بينت البحوث أن المكتئبين يصفون أنفسهم على اختبارات الشخصية بالفشل، ويسمون سلوكهم وشخصياتهم بالنقص، خاصة في المجالات التي

تمثل لهم قيمة حيوية كالعمل (أي أنه يرى نفسه فاشلا في عمله، بالرغم من أنه ليس كذلك)، أو الأسرة، أو في النشاطات المهنية الأخرى كالكتابة، والتأليف، وتحقيق الأغراض الإبداعية والأهداف التي يطمح لها.

ومن المهم أن نشير هنا إلى أنه لا يشترط لتشخيص الاكتئاب أن تتوافر كل هذه الأعراض السابقة مجتمعة. فالمكتئبون لا يتطابقون في تعبيرهم عما يتملكهم من مشاعر اكتئابية. ولهذا يكفي توافر بعض الخصائص السابقة لوصف الشخص بأنه يعاني من هذا الاضطراب.

كما نلاحظ أن الفروق الفردية، والخبرات الشخصية الخاصة، تؤدي دورا مهما في نوع الأعراض المميزة للاكتئاب لفرد دون فرد آخر. فالشخص المعتاد على الشكاوى الجسمية أو المصاب فعلا ببعض الأمراض البدنية، قد يتشيع لاكتساب الأعراض البدنية، بدرجة أكبر من الإصابة بالأعراض الأخرى. والمسنون قد يتخذ لديهم الاكتئاب فضلا عن الشكاوى والأمراض الجسمية مظهرا آخر من مظاهر الإحساس بالعجز، وفقدان الطاقة على العمل والنشاط، والعاملون بالنشاطات الترفيهية كالفن والتمثيل، قد تتبلور لديهم مشاعر بالذنب والخطيئة ولوم الذات، وهكذا.

كما قد يختلف التعبير عن الاكتئاب والشكل السلوكي الذي يعبر عنه باختلاف المجتمعات. ففي المجتمعات الغربية يغلب على المكتئبين التعبير عن الأحاسيس المرتبطة بالذنب، ولوم النفس. وتغلب خاصية الشكاوى الجسمية والعضوية على الذين يعانون من الاكتئاب في المجتمعات العربية والإسلامية (إبراهيم، ١٩٩١؛ Ibrahim, 1990; Ibrahim, ١٩٩١). ومن ثم فإن المريض العربي في مجتمع عربي كمصر مثلا، قد يلجأ في البداية إلى الطبيب البشري العام شاكيا من الآلام البدنية، أو اضطرابات النوم، والشهية، أو فقدان الرغبة الجنسية. ومن هنا تجيء أهمية الوعي الطبي والنفسي بالطبيعة الخداعية التي قد تتشكل بها الأمراض النفسية. ومن هنا أيضا تجيء أهمية توعية أطباء الأسرة، والمستشفيات العامة، بطبيعة المرض النفسي، وزملاته السلوكية، والأشكال العضوية التي قد يتشكل بها. والتمييز في الأمراض العضوية بين تلك التي تحتاج إلى علاج عضوي بحت، وتلك التي تحتاج إلى تعاون طبي نفسي، بسبب الطبيعة المختلطة لبعض هذه الأمراض.

ـ ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول:

فمن العلامات المميزة، أن مستوى النشاط العام لدى الشخص في حالة الاكتئاب، يكون أقل بشكل واضح مما كان عليه في السابق في حالته العادية. وليس من النادر أن تجد الشخص المكتئب يقضي يومه جالسا في مكانه دون أي نشاط إيجابي، أو منهمكا ـ في أحسن الأحوال ـ في نشاطات سلبية منفردة لا تتعدى مشاهدة التليفزيون، والرقود، وقضاء بعض الحاجات الرئيسية كالأكل. أما أداء النشاطات المعتادة بما فيها الذهاب للعمل، أو القيام بالواجبات المنزلية والاجتماعية الأخرى فهي تبدو للشخص شيئا عسيرا يصعب إنجازه، دون بذل طاقة شاقة. حتى الأشياء التي كان يستمتع بها من قبل بما فيها بعض الهوايات الرياضية أو الترفيهية الأخرى، تبدو له الآن غير مرغوب فيها ولا دافع له نحوها، وأنها مجرد واجب من الواجبات الثقيلة الأخرى.

ـ الشعور بتثاقل الأعباء:

بعض المكتئبين يشعرون بأنهم غير مسؤولين عن اكتئابهم، ومن ثم تتزايد شكاواهم من أن الآخرين يحملونهم مالا طاقة لهم به، وتجدهم يلومون الظروف الخارجية والضغوط الموضوعة عليهم. وذلك كالموظف الذي يشكو من كثرة الأعمال، ومن كثرة ما يحمله رؤساؤه له من واجبات، أو كالطالب الذي يشكو من تزاحم الواجبات والامتحانات، أو ربة الأسرة التي تشعر بأن تعاستها وما يتملكها من كرب قد يختفي إذا ما قلل زوجها وأبناؤها إلحاحاتهم عليها، ومتطلباتهم المفرطة منها.

ـ الشكاوى الجسمية والآلام العضوية:

يعتبر هذا النوع من الأعراض من أكثر الأعراض شيوعا وأكثرها خداعا. فعادة ما يصبح الاكتئاب مقنعا مستترا في شكل الشكاوى الدالة على سرعة التعب والإرهاق، وضعف الطاقة، وآلام الظهر والجسم، دون أن تكون هناك أسباب عضوية واضحة تبرر ذلك.

ومن الشكاوى الجسمية المميزة للاكتئاب: اضطرابات النوم بما فيها الاستيقاظ المبكر، والعجز عن مواصلة النوم، أو النوم المتقطع، أو صعوبة

الاستيقاظ في الصباح.

ومنها أيضا اضطرابات الشهية بما فيها فقدان الشهية، وعدم التلذذ بالطعام، وفقدان الوزن، والنحول المفاجئ (ولو أن بعض مرضى الاكتئاب تحدث لديهم على العكس زيادة وإفراط في الأكل).

ومنها أيضا الشكوى من الصداع وآلام المعدة، وتقلصاتها. ومنها كذلك فقدان الرغبة الجنسية، والعزوف عنها، وعدم تحقيق اللذة التي كانت مرتبطة بها من قبل.

- توتر العلاقات الاجتماعية:

تعبر نسبة كبيرة من المكتئبين عن صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين. وتتخذ هذه الصعوبة لدى المكتئب مظاهر متنوعة، منها، عدم الرضا عن علاقاته الاجتماعية كالعلاقة بالزوج، أو الزملاء، أو العلاقات المعتادة بالناس المألوفين له. وقد يحس بعضهم بالتكدر والقلق في المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل. وقد يجد بعضهم صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تتطلب تأكيد الثقة بالنفس، أو الدفاع عن الحقوق إذا ما هدرت، أو اتخاذ مواقف حازمة تجاه الإلحاحات غير الواقعية من الآخرين، أو عندما يتخطى بعضهم حدود اللياقة الاجتماعية. وأحيانا يجد بعضهم صعوبة في التعبير عن استيائه أو رفضه للأشياء التي تمثل عبئا على الوقت، أو الصحة، أو الراحة. وأخيرا، قد يشعر البعض منهم بأنه وحيد، ويفتقد حب الآخرين ودعمهم، ومع ذلك، تجده يميل للانسحاب، وعدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة.

- مشاعر الذنب واللوم المرضي للنفس:

يعبر بعض المرضى عن الاكتئاب بمشاعر حادة من الذنب ولوم النفس، فتجدهم يصفون أنفسهم بأنهم أسوأ مما هم عليه فعلا أو أسوأ مما يراهم الناس عليه. إذ ليس من النادر أن تجد من هذا النوع أشخاصا يراهم الآخرون أنهم جادون، أو ناجحون ومجتهدون ومسالمون ولكن الواحد منهم يرى نفسه «سيئا» أو «مخطئا»، و «شريرا»، كما أنهم يرون أنفسهم

يستحقون ما يلم بهم من ملمات أو اكتئاب ضريبة على سوئهم. ومن ثم نجد أن هؤلاء الأشخاص غالبا ما يسيطر عليهم الشعور بأنهم عبء على الأهل والمقربين والمجتمع، ويلومون أنفسهم بسبب اكتئابهم وفشلهم في تحقيق أو تلبية احتياجات المحيطين بهم.

ـ الإدراك السلبي للبيئة والتفكير الانهزامي:

لا يمكن عزل الاكتئاب عن الطريقة التي يفكر بها الشخص، ويدرك من خلالها الأمور، وعما يحمله من آراء ومعتقدات عن نفسه وعن الأحداث الخارجية التي تمر به. فالشخص في حالة الاكتئاب، يرى ويصف نفسه بالقصور، وعدم اللياقة، والنقص، وينسب ما يمر به من خبرات غير سارة إلى عوامل شخصية فيه كالقصور النفسي أو العقلي، أو أنه قاصر اجتماعيا. ولهذا نجد أن من الأعراض الرئيسية التي تسود بين المكتئبين، ميلهم إلى وصف الذات بالتفاهة، والنقص، والعجز.

ويمثل الإدراك السلبي للمواقف والأحداث الخارجية عرضا آخر من أعراض الاكتئاب. إذ نجد أن المكتئب يصف، ويتعامل مع المواقف والأحداث الخارجية السلبية أو الصعبة نسبيا على أنها محبطة، وتطرح صعوبات يستحيل عليه التعامل معها. وبالمثل تجد المكتئب يرى المستقبل قاتما، ومليئا بالصعوبات والكوارث. وسنصف فيما بعد الأساليب الفكرية الخاطئة التي تبين أنها تميز المكتئبين بشيء من التفصيل، بسبب ما تقوم به من دور علاجي تبلوره مناهج العلاج المعرفي التي تعتبر من أبرز المناهج المعاصرة في علاج الاكتئاب، وتعديل التفكير الاكتئابي.

2 الاكتئاب في حياتنا

هناك أكثر من سبب يجعل من دراسة هذا الموضوع مطلبا علميا وطبيا ونفسيا واجتماعيا، ومطلبا إنسانيا فوق كل اعتبار آخر. فمن جهة، وكما ذكرنا من قبل، نجد أن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بعد القلق، ومن أكثر المشكلات الانفعالية التي تدفع الناس لطلب العلاج، والبحث عن العون النفسي والاجتماعي في الممارسات والعيادات النفسية والطبية. ويشكل الاكتئاب مع القلق أعلى نسبة بين زوار العيادات النفسية في المدارس والجامعات ومؤسسات الصحة النفسية.

شيء من التاريخ:

وهناك ما يدل على أن الأقدمين عرفوا الاكتئاب، واختبروه كما عرفناه. فعلى سبيل المثال نشر «بيرتون» سنة 1631 كتابه «تحليل الملنخوليا» (Burton, 1631, The Anatomy of Melancholy)، وفيه تحدث بإسهاب عن هذا الموضوع (كان الكتاب القدامى والأطباء يعاملون الملنخوليا بوصفه مفهوما قريبا من الجنون أحيانا والاكتئاب أحيانا أخرى). وما يلفت الأنظار فيما كتبه «بيرتون» عن هذا

الموضوع منذ أكثر من ثلاثة قرون، أنه وصف كثيرا من أعراض هذا المرض، كما تصفه كتب الطب النفسي المعاصرة، بل إنه وضع أسبابا نرى فيها كثيرا من الإرهاصات العلمية المعاصرة في دراسة هذا الموضوع. فمن بين الأسباب التي اقترحها بالنسبة لهذا الاضطراب يذكر الإصابة بمرض جسماني سابق، الإسراف في الدراسة والعمل الذهني، الاضطرابات العاطفية، وخيبات الأمل... الخ. وهي عوامل لا يتردد علماء النفس المعاصرون في التعامل معها ووضعها أسبابا مرجحة للاكتئاب. وما يجعل كتابات هذا العالم عن هذا الموضوع ذات أهمية خاصة، أنه يحدث عن أسباب ومسببات موضوعية، مخالفا بذلك كثيرا من الخرافات والشعوذات التي كانت تسود في عصره، لتفسير الاضطرابات النفسية بأنها نتاج للعفاريت والتلبس الشيطاني (Romanis, 1987, p73-74).

أما المصدر الآخر المهم الذي يبين أن الأسبقين فهموا كثيرا من غوامض هذا الموضوع، فتجيء من خلال بعض الكتابات الأدبية، خاصة عند «شكسبير». فأنت تجد كثيرا من الإشارات للحالات النفسية التي تصيب أبطال كثير من مسرحياته. ومن الجميل أن «شكسبير»، ـ على نقيض ما كان الكتاب والأدباء في عصره ومن قبله يفعلون ـ لم يضفِ على وصفه للاكتئاب مسحة رومانتيكية، أو صورة سحرية، بل إنه يصف الأعراض كما يصفها أي عالم معاصر، ويعامله بصفته حالة من الاضطراب التي تحتاج إلى العلاج و «التطبيب». هكذا صور «الاكتئاب الذي أصاب «هاملت»، وهكذا صور حالة الهستيريا التي ألمت بـ «كليوباترا»، وهكذا صور حالة الكدر التي أصابت «ماكبث» عندما أفل مجده وتعرض للانتقام، وهكذا أيضا صور «الملك لير» عندما اكتشف سذاجته في التنازل عن ملكه... الخ. انظر على سبيل المثال إلى «هاملت»، فقد وُصف «هاملت» في كثير من المواقع بأوصاف ترتبط بالاكتئاب على نحو مثالي، بما في ذلك مشاعر الذنب، والتأنيب للنفس، والتردد الشديد، والأفكار الانتحارية، والهواجس واضطرابات النوم، والسهاد. وها هم المقربون من «هاملت» يصفون حالته بعد وفاة أبيه بأوصاف «شيكسبيرية» شديدة الحساسية، للتغيرات الشخصية التي تصيب المستهدفين للاكتئاب في حالات الحداد والحزن، بما في ذلك وصفهم لعلامات الحزن المرسومة على وجهه، ولباسه الأسود الداكن،

والإغراق في الأحزان والتنهدات العميقة بين كل حين وآخر، كما تذكر محبوبته «أوفيليا» عنه. وفي مواقع أخرى من المسرحية الشيكسبيرية وصفه أكثر من واحد من أشخاص المسرحية بأنه في حالة جنون حقيقية، لدرجة أن «بولونيوس» والد «أوفيليا» خشي عليها منه، ونصحها بالبعد عنه. وها هو «بولونيوس» يصف لنا «هاملت» عندما صدته ابنته عنها في عبارة شديدة الدلالة، لما فيها من تقارب شديد بين المفهومين المعاصر والشيكسبيري للاكتئاب:

فلما صدته عن نفسها. ولنختصر الحكاية.
أصابه الأسى، ثم امتنع عن الأكل،
ثم حرم النوم، ثم أصيب بالضعف،
ثم ابتلي بالخفة، وبهذا التردي والهبوط
بلغ درك الجنون الذي يهذي الآن فيه
ويبكينا جميعا عليه.

(شكسبير، هاملت، الفصل الثاني،
المشهد الثاني على لسان بولونيوس، 1968).

هل كان «شكسبير»، مصابا بذهان الاكتئاب ؟ لا أعتقد شخصيا أنه كان مصابا بالاكتئاب بالمعنى المرضي، ربما عانى بين الحين والآخر حالات من الهبوط المزاجي، كما هو الحال في الغالبية العظمى من البشر. صحيح أن بعض النقاد يذكرون أنه كان قد أشرف على حافة الجنون عندما كان يكتب «الملك لير»، إلا أن من غير المعتقد أن حالته النفسية وصلت به إلى تلك الدرجة التي مكنته من الكتابة عن الحالة التي ألمت بـ «هاملت». والأقرب إلى الصواب ـ في تصورنا ـ هو أن حساسية «شكسبير» الأدبية، وإلمامه الواسع بثقافة عصره مكناه من وصف حالة الاكتئاب (أو الأقرب للصواب: الاضطراب الدوري) الذي ألم بـ «هاملت»، ومكناه بنفس القدر من وصف هستيريا «كليوباترا»، والاكتئاب العميق الذي سيطر على «الملك لير» و «ماكبث».

وقد وصف العرب حالات مماثلة من الاكتئاب، وربما نعتبر «ابن سينا»،

و «أبو بكر الرازي» من الأمثلة الناصعة على دقة الوصف لحالات «الملنخوليا»، والعلاجات الطبية التي اقترحوها، فضلا عن العلاجات النفسية بالراحة والاسترخاء، والإيمان. بل إننا نجد ـ على المستوى الأدبي ـ وصفا طبيا لحالة هي أقرب إلى المفهوم السريري المعاصر للاكتئاب المرضي. وتتمثل هذه الحالة فيما حكاه لنا «أبو الفرج الأصفهاني» منذ أكثر من ألف عام (توفي أبو الفرج الأصفهاني سنة967م) عن قصة العشق بين ليلى العامرية وقيس بن الملوح المعروف باسم «مجنون ليلى»، تلك القصة التي انتهت نهاية مأساوية بوفاة قيس بطريقة غامضة «في واد كثير الحجارة، خشن، وهو ميت بين تلك الحجارة (أبو الفرج الأصفهاني، 1993، ص 325)»، ولا نعرف من هذه القصة إن كان موته طبيعيا أم كان انتحارا، أو كان استفحالا للمرض لدرجة أعجزته عن رعاية نفسه؟. وفي مواقع مختلفة من القصة يصف لنا «أبو الفرج» «قيسا» على لسان أصحابه، أوصافا لا تخطئ فيها ما يتصف به المصابون في حالات الاكتئاب الشديد عندما يتعرضون للفشل، أو لفقدان موضوعات الحب (من المعروف أن أبا ليلى رفض أن يزوجها من قيس، وزوجها رجلا من قومها). تجد في كثير من المواقع وصفا لقيس يشبه على نحو نموذجي حالات الاكتئاب العميقة بما فيها من إهمال للمظهر، وبكاء، وإغراق في الحزن، وإهمال إرضاء حاجاته الحيوية كالطعام والشراب والنوم، فضلا عن الانشغال الذهني الشديد، والتشتت، وأخيرا الاختلاط العقلي الذي استحق عليه بجدارة لقب «المجنون» بلغة عصره، أو «الذهان الاكتئابي الدوري» بلغة الطب النفسي المعاصر. من الأمثلة التي ترد عند أبي الفرج الأصفهاني في الصفحات 319 ـ 320 أنه (أي قيس)، كان يفيق «حائل اللون ذاهلا»، وأنه «كان يهيم في البرية مع الوحش ولا يأكل إلا ما ينبت في البرية من بقل، ولا يشرب إلا مع الظباء إذا وردت مناهلها، وأنه «طال شعر جسده ورأسه»، و «اختلط عقل قيس، وترك الطعام والشراب»، و «جعل يهيم حتى يبلغ حدود الشام، فإذا ثاب إليه عقله سأل من يمر به من أحياء العرب عن نجد، فيقال له: وأين أنت من نجد ! قد شارفت الشام ! أنت في موضع كذا، فيقول: فأروني وجهة الطريق، فيرحمونه ويعرضون عليه أن يحملوه أو يكسوه فيأبى، فيدلونه على طريق نجد فيتوجه نحوه (ص 320)». وها هو قيس يصف نفسه في موقع آخر:

ولم يبق إلا الجلد والعظم عاريا ولا عظم لي إن دام ما بي ولا جلد

ولا يترك لنا أبوه مجالا للشك في أن الحالة التي ألمت بـ «قيس» لم تكن حالة عادية من الحزن، وإنما هي حالة ذهانية. يقول الأب عندما سألوه عن حالة ابنه: «ذهب عقل ابني ولحقه خبل وهام في الفيافي وجدا عليها]أي على ليلى[، فحبسناه وقيدناه، فجعل يعض لسانه وشفتيه حتى خفنا]عليه[أن يقطعها فخلينا سبيله (ص 323). «أجل إذن عرف الأقدمون الاكتئاب، ووصفوه بكل أعراضه، ولو أنهم ضلوا ـ في أحيان كثيرة ـ عن الإلمام بأسبابه، وأخطأوا في علاجه.

الاكتئاب في حياتنا المعاصرة

ماذا عن الصورة المعاصرة للاكتئاب؟

هناك ما يشير إلى أن الناس في الحياة المعاصرة يعانون من الاكتئاب بصورة أكبر مما كان الناس يعانون منه في الماضي، وفي المجتمعات السابقة. وتبين لنا الدراسات المسحية أنه اضطراب شائع في كل الحضارات الإنسانية، لدرجة أنه يحلو لكثير من الأدباء والكتاب أن يصفوا عصرنا هذا بأنه عصر الاكتئاب. فهناك في الولايات المتحدة وحدها أكثر من 20 مليون من الناس يعانون من هذا الاضطراب، وأن القليل منهم يتلقى علاجا مناسبا. وبين «كالان» (Callan,1979) أن فرصة الشخص الذي يصل إلى 70 من العمر في الإصابة بأحد اضطرابات الاكتئاب تصل إلى 8٪ بالنسبة للذكور، وإلى 20٪ بالنسبة للإناث. هذا في الولايات المتحدة.

وعلى المستوى العالمي تبين دراسات «منظمة الصحة الدولية» في دراساتها المسحية للاكتئاب في العالم، أن هناك على الأقل أكثر من 100 مليون شخص يعانون من الاكتئاب، وأن هؤلاء الـ 100 مليون يؤثرون تأثيرات سلبية ـ خلال مرضهم ـ في ما يعادل ثلاثة أضعاف هذا العدد من الآخرين. (Sartorius,1979-1993).

والاكتئاب ليس ـ كما قد يعتقد البعض خطأ ـ ظاهرة أمريكية أو غربية. أي أنه ليس مرتبطا بالحضارة الغربية، وتعقيداتها. ففي دراسة مسحية وقائية على 39 ألف شخص موزعين على تسعة مجتمعات من الولايات المتحدة، وبورتريكو، وغرب أوروبا، والشرق الأوسط، وآسيا، وأستراليا تبين

أن الاكتئاب ينتشر فيها بنسب متقاربة، وأنه يتزايد في داخل تلك المجتمعات من جيل إلى جيل (National Collaborative Group,1992). ولا صحة أيضا لما كان يقال في السابق من أن الاكتئاب اضطراب يصيب الأعمار الكبرى، أي أنه كلما زاد العمر، زادت احتمالات الإصابة بالاكتئاب. فنفس الدراسة السابقة بينت أن الاكتئاب أخذ يوسع من قاعدته الزمنية، بمعنى أن نسبة الإصابة به بدأت تنتشر الآن في الأعمار الصغرى، وبدأنا نلاحظ في السنوات الأخيرة تعبيرات منتشرة عن وجود ما يسمى «اكتئاب الأطفال».

لماذا تزايدت نسبة الإصابة بهذا الاضطراب ؟ ولماذا أصبح الاكتئاب الآن ينتشر بدرجات مرتفعة في كل المجتمعات، وفي كل الأعمار تقريبا؟

تفسير ذلك يقدمه لنا أصحاب المدرسة الاجتماعية، والذين يقدمون بدورهم كثيرا من الأسباب. فالسبب عند البعض منهم يرجع إلى تزايد نسبة الانفصال والطلاق بين الأزواج، حيث تضاعفت هذه النسبة في الولايات المتحدة وغرب أوروبا، وهي أيضا أصبحت متزايدة على المستوى العالمي، وفي كل المجتمعات تقريبا.

ويرى البعض الآخر أن السبب يكمن في افتقاد الفرد الآن إلى كثير من مصادر الدعم والحماية. فلم يعد الآباء الآن قادرين على قضاء وقت أطول مع أبنائهم، كما كانوا يفعلون في السابق.

فضلا عن ذلك، فإن مفهوم الأسرة الممتدة بدأ يتقلص في كل المجتمعات تقريبا، بما فيها بالطبع مجتمعاتنا العربية. لقد كانت الأسرة الممتدة في السابق تحوط الفرد في مراحل النمو المبكرة، بالرعاية والأمان حتى في غياب أحد الوالدين. وتقلص الأسرة الممتدة، وعدم وجود بدائل كافية تعوض الافتقاد للإحساس بالأمان والرعاية، يعتبر من بين العوامل التي أدت إلى حرمان الفرد في فترة مبكرة من النمو من الدعم والرعاية، والروح الاجتماعية التي كانت تقدم من قبل الأسرة.

ويفترض العلماء أيضا أن تزايد نسبة التلوث البيئي تساهم بدورها في خلق مناخ صحي عام مضاد للصحة النفسية والاجتماعية كلتيهما. فالتلوث الجوي يساهم على نحو مباشر في إثارة الكآبة والضيق، وعلى نحو غير مباشر بسبب الأمراض التنفسية، وغير التنفسية التي يخلقها، والتي ترتبط بدورها بزيادة نسبة الاكتئاب (Dayringer,1995).

وهناك أيضا ما يشير إلى انتشار المخدرات، وتعاطي الخمور، والإدمان على العقاقير الطبية وغير الطبية، حيث إن هناك ما يؤكد أن الاكتئاب يوجد وينتشر بصورة وبائية بين الفئات المتعاطية، والمدمنة.

هل دراسة الاكتئاب مطلب ملح حقا؟

ومن الأشياء التي تجعل هذا الموضوع على قدر كبير من الحيوية والأهمية، أن «ولسين» (Wulsin,1996) يذكر أن خطر الاكتئاب في درجاته المرضية، لا يقل عن خطر الأمراض الجسمية الشديدة كأمراض الأوعية الدموية والقلب. وعضد رأيه بذكر دراسة مسحية على 11242 من المرضى الزائرين لعيادات الرعاية الأولية، بينت أن مخاطر الاكتئاب سواء بلغ المستوى المرضي، أو ظل في المستوى العصابي تتساوى أو تفوق الأمراض الجسمية المعروفة بما فيها أمراض القلب، وأمراض الروماتزم، والسكري، وأمراض الجهاز الهضمي. وهناك دراسات أخرى تؤكد هذه الحقيقة، وتؤيد أن الاكتئاب في أي درجة من درجاته يرتبط بالضعف في الوظائف البدنية والاجتماعية، جميعا.

وهناك أيضا، صلة معروفة ومؤكدة بين الاكتئاب والانتحار. فقد تبين أن نسبة الانتحار بين المكتئبين تزيد على غيرها لتصل إلى ما يقرب من 15٪. ومن بين كل حالات الانتحار التي تتم، تبين أن نسبة 80٪ منها تسود بينهم حالات الاكتئاب (Wulsin, 1996, p76). ولهذا نجد ما يشير إلى أن نسبة الوفاة المبكرة تزيد في حالات الاكتئاب، ربما بسبب تعرض نسبة من المكتئبين للانتحار (Wulsin, 1996, p.74).

فضلا عن هذا تبين أن فرص الشفاء من المرض الجسمي، واضطراب الوظائف العضوية، تطول إذا كان المرض مصحوبا بالاكتئاب، بينما تزداد فرص الشفاء والعلاج السريع إذا كان المريض من النوع المتفائل والمبتهج (Ibrahim, 1996). فضلا عن هذا تتأثر، وتتفاقم لدى المرضى العاديين على نحو سلبي وظائف أخرى لها علاقتها بالشفاء أو عدم الشفاء السريع. من ذلك مثلا، أن المكتئبين يميلون إلى تضخيم إحساسهم بالألم، كما أنهم أقل ميلا إلى متابعة العلاج الطبي والالتزام بالخطط العلاجية والأدوية المطلوب تعاطيها، مما يساهم في تأثر علاجهم من الأوجاع والأمراض المعتادة، التي

تصيبهم.

الاكتئاب والمواطن العربي

لأن الدين الإسلامي، واللغة العربية هما دين ولغة الغالبية العظمى من الناس في غالبية أرجاء العالم العربي، فقد يتوهم البعض أن العرب يشكلون حضارة متجانسة. لكن الحقيقة، ومن واقع البحث النفسي، أن العرب لا يشكلون جماعات واحدة متجانسة. فسماتهم النفسية، وخصائصهم الشخصية، وأنماط الاضطراب النفسي والعقلي الشائعة بينهم تختلف باختلاف كثير من المتغيرات، بما فيها الفروق بين الجنسين، والمكانة الاجتماعية، والوضع الاقتصادي الطبقي، والانتماء السياسي، والديني، والقومي... الخ. ولسنا في حاجة إلى تقديم ما يثبت ذلك، لأن البحث عن الفروق بين البلاد العربية، والفروق بين الجماعات في داخل المجتمع العربي الواحد، يعتبر من المجالات الأثيرة في الغالبية العظمى من البحوث النفسية والاجتماعية، وبحوث الطب النفسي.

لكن الدراسات التي قارنت بين عينات عربية وغير عربية، بينت أن هناك بعض الفروق في بعض القواعد السلوكية العامة والمشتركة بين فئات عريضة، من الجماعات العربية التي تميزها عن غيرها من الجماعات الأخرى في البيئات الأخرى. مما يدل على أن العرب، بالرغم من عدم تجانسهم، يتباينون عن غيرهم من حيث ما يستند إلى هذه القواعد السلوكية من خصائص سلوكية مقبولة أو مستهجنة، أو أنماط من الاضطراب النفسي أو الشخصي التي تشيع بينهم، مما يشكل تحديين رئيسيين لبحوث الصحة النفسية في المجتمعات العربية، وممارساتها. ففضلا عما تتطلبه الفروق بين الحضارات العربية وغيرها من ضرورة التخطيط لسياسة الصحة النفسية، بحيث تتجه لمواجهة المشكلات الخاصة بها، نحتاج أيضا إلى تطويع مفاهيم الصحة النفسية - نظرية أو تطبيقية - بحيث تستوعب كذلك الحاجات الخاصة لمختلف الجماعات داخل المجتمع العربي الواحد.

والحقيقة - وهي حقيقة تدعو للأسف والحزن حقا - أنه لا توجد لبحوث الصحة النفسية، ومدى انتشار الاضطرابات النفسية في العالم العربي سياسة متسقة، أو هيئة تخطيطية عليا، فيما عدا بعض المجهودات

المتناثرة التي تنشر بدافع الاهتمام الشخصي، أو تلك التي تهدف لتحقيق ترقية أكاديمية معينة، أو لتفي بمتطلبات الدراسات العليا في الجامعات وبعض مراكز البحوث. ومن ثم، فقد يعتقد الشخص المتعجل ـ خطأ ـ أن خدمات الصحة النفسية بجوانبها العلاجية ، والتشخيصية والوقائية لا تشكل مطلبا ملحا أو ضرورة قصوى للمواطن العربي. والحقيقة أننا وجدنا بتقصي بعض البحوث المتناثرة في هذا الميدان ما يشير تماما إلى عكس ذلك (Ibrahim & Ibrahim,1993).

ففي دراسة للمؤلف، قارن خلالها بين عينات عربية وعينات أنجلو ـ أمريكية من حيث بعض الخصائص الشخصية والمرضية، تبين أن المصريين يحصلون على أعلى الدرجات في مقياس النزعة العصابية neuroticism. ومن المعروف أن النزوع العصابي يشكل مناخا مهيئا لاكتساب شتى الاضطرابات النفسية والانفعالية بما فيها الاكتئاب (Ibrahim,1979). وتدعمت هذه النتيجة في دراسات أخرى بينت أن الأبعاد الشخصية المرضية والرئيسية مثل النزعة العصابية neuroticism، والذهانية، psychoticism، والإجرامية criminality يمكن تمييزها في مصر والسعودية والكويت، كما أمكن تمييزها في بريطانيا والولايات المتحدة (Farrag, 1987; Abdel-Khalek & Eysenck,1985). وفي دراسة أخرى، تبين أن الطلاب الليبيين يحصلون على درجات مشابهة للغربيين على مقياس النزعة نحو الأمراض النفسية، ولكنهم حصلوا على درجات أعلى من الغربيين على مقياس للخجل shyness والقلق الاجتماعي social anxiety.

وفي دراسة حديثة تبين انتشار كثير من المشكلات النفسية والسلوكية التي تستحق الرعاية المهنية المتخصصة بسبب شدتها وخطورتها، ومع ذلك، فهي لا تلقاها (Ibrahim,1993). فمثلا تبين أن الأعراض الدالة على وجود اضطرابات الاكتئاب، وباستخدام المقاييس النفسية تنتشر بين أعداد كبيرة من الطلاب في إحدى الجامعات السعودية، بما في ذلك: الميل إلى اللوم الذاتي (64٪)، والشعور بالعجز (52٪) فقدان الشهية (49٪)، اضطرابات النوم (38٪). وبالمثل، فقد عبر أفراد كثيرون من نفس العينة عن أعراض أخرى ذات متضمنات مرضية، منها: العجز عن التركيز (54٪)، الخجل الشديد (53٪)، التشنج عندما تثور أعصابهم (42٪)، والصعوبات الدراسية

.(1991 Ibrahim & al-Nafie,) (33٪)

هؤلاء أكثر استهدافا لخطر الإصابة بالاكتئاب

من هذه النتائج يمكن أن نستدل على وجود مؤشرات قوية، تبين أن المواطن العربي يعاني، مثله مثل زميله الغربي، من الاضطرابات النفسية المعروفة، والتي تفتقر إلى الرعاية المهنية الملائمة. ولكن الحاجة إلى خدمات الصحة النفسية في داخل المجتمع العربي الواحد، تختلف من جماعة إلى أخرى بحسب انتشار الأمراض النفسية وتوزيعاتها في داخل الجماعات المختلفة في المجتمع الواحد، ومن حيث استهداف كل جماعة منها للتعرض لأحد الاضطرابات النفسية دون الأخرى. فعلى سبيل المثال، تبين دراسة الفروق بين الجنسين في غالبية المجتمعات الإنسانية، أن المرأة تعاني أكثر من زميلها الذكر من الأعراض الدالة على الاضطراب النفسي، خاصة الاكتئاب. تذكر «كلبرتسون» في تقرير حديث (Culbertson1997)، أن النساء قد تفوقن على الذكور - خلال السنوات الـ 30 الأخيرة - من حيث نسبة المعاناة والإصابة بالاكتئاب بما يعادل الضعف، وأن هذه النتيجة تنطبق على الولايات المتحدة، وعلى المستوى العالمي. وتستشهد بدراسات أخرى تبين أن هذه النسبة قد تزيد على ذلك لتصل في بعض الدراسات إلى الثلثين. وفي دراسة لنسبة التحاق المرضى بأحد أقسام الطب النفسي في الفترة من 1988 إلى 1989، فاقت المريضات من النساء المرضى الذكور بنسبة دالة إحصائيا. كذلك فاقت نسبة المريضات من النساء، نسبة المرضى من الذكور في كل أشكال اضطرابات الاكتئاب في عيادة خارجية للرعاية الأولية، في أحد المستشفيات المعروفة بدولة الإمارات العربية (Rufaie & Absood 1994).

وفي دراسة مسحية لمدى انتشار الاضطرابات النفسية بما فيها القلق والاكتئاب والعداوة والاستعداد للمرض النفسي، قام كاتب هذه السطور بالتعاون مع رضوى إبراهيم (Ibrahim & Ibrahim,1997)، بتطبيق مقاييس مقننة للاكتئاب والقلق والعداوة على عينة مكونة من 1024 من الإناث، و 989 من الذكور من أطر ثقافية، واجتماعية متباينة بالمنطقة الشرقية في المملكة العربية السعودية. وبالرغم من أن الفروق بين الذكور والإناث لم تكن ضخمة، إلا أن النساء سجلن عموما درجات مرتفعة عن الذكور في كل المتغيرات

المرضية. وقد ازدادت هذه الفروق بشكل جوهري بين من هم أصغر، أي بين طالبات المدارس الثانوية، والطالبات الجامعيات، بينما كانت أقل الدرجات في الاكتئاب لدى النساء العاملات. وتبين هذه النتيجة شيئين:

1 ـ أن العامل الجنسي أي جنس الشخص ذكرا كان أم أنثى ليس هو المسؤول في حد ذاته عن ارتفاع الاكتئاب، وإنما يبدو أن الضغوط النفسية والاجتماعية التي تقع على فئة دون فئة أخرى، والإحباطات المرتبطة بالنمو الاجتماعي، والرغبة في تحقيق الأحلام، وما تجده هذه الرغبة من معوقات اجتماعية أو نفسية، هي المسؤولة أساسا عن هذا الارتفاع.

2 ـ على عكس الأفكار الشائعة، لا نجد في دراساتنا العربية للأمراض النفسية والاجتماعية ما يشير إلى أن الاكتئاب هو بالضرورة مرض يلم بالكبار والمسنين دون من هم أصغر سنا. الواقع أننا نجد بطريقة متسقة وبالرجوع إلى أكثر من بحث أن نسبة عالية من الأمراض النفسية، بما فيها القلق والاكتئاب، تنتشر أيضا وبصورة لافتة للنظر هي بين الشباب الصغير السن، أي شباب المدارس الإعدادية والثانوية والسنوات الأولى من الجامعة. وبالرغم من أنه لا يوجد لدينا ما نفسر به هذه النتيجة، فقد ظهرت على نحو متسق في دراستنا هذه سواء كان الأمر متعلقا بالذكور أو الإناث، فحتى بين الذكور وجدنا أن أكثر الذكور تعبيرا عن الاكتئاب والنزوع المرضي ما يشير بين طلاب المدارس الثانوية.

لماذا؟

هل لأن شباب هذه المرحلة هم من الشباب الصغار في السن الذين لا يزالون يحملون الكثير من الضغوط وأزمات مرحلة المراهقة، ومن ثم فهم يعانون من كل ما يتعرض له المراهقون من تغيرات جنسية، ونمو وإحباطات مصاحبة لهما تظهر في الارتفاع في مستويات الإصابة بالاضطرابات النفسية المختلفة بما فيها الاكتئاب.

هناك نتيجة مستقلة من بحث آخر عن القلق (عبد الخالق، 1994) تؤيد هذه الفرضية، وتبين أن المراهقة وتغيرات النمو ربما تكون مسؤولة إلى حد ما عن ارتفاع مستويات المرض النفسي بين المراهقين، حيث تبين أن درجة القلق عند الإناث تبدأ منخفضة حتى سن 11 سنة، ثم تأخذ في الارتفاع الحاد في المراحل التالية من العمر، وتصل أقصى درجاتها في سن المراهقة.

مما يشير إلى أن المرأة في العالم العربي تعتبر من حيث لغة الصحة النفسية من أكثر الجماعات استهدافا لمخاطر الاضطراب النفسي والاكتئاب، وتزداد مخاطرها في مراحل مختلفة من العمر، خاصة في المراهقة.

لكن هناك أيضا ما يشير إلى أن المراهقة في حد ذاتها، لا تشكل بالضرورة مرحلة أزمة وعاصفة لكل من يدخل فيها من المراهقين (إبراهيم، 1997). ومن ثم فقد لا تكون مسؤولة في حد ذاتها عن الاضطراب الذي نجده يشيع في هذه المرحلة. صحيح أنها مرحلة تطورات ونمو في كثير من الجوانب الجنسية والاجتماعية، إلا أن المشكلة الرئيسية الأخرى هي فيما تجلبه المراهقة معها من ردود فعل بيئية واجتماعية. ولهذا فالمشكلة التي تواجه الشاب الصغير أو المراهق، تعتبر مشكلة ذات شقين (إبراهيم، 1997). أحدهما يتمثل في النضج الجسمي - الجنسي والاجتماعي، والفكري، وهو نضج مفاجئ، ويتطلب كثيرا من المهارة، والمقدرة على التعامل معه على نحو فعال. وهذا ما قد يفتقده المراهق أو الشاب العربي الصغير لأسباب كثيرة لا يتسع المجال لذكرها. والشق الآخر يتمثل في ردود الفعل والتوترات التي يثيرها هذا النضج في البيئة الاجتماعية للمراهق بمن فيهم الآباء، والمعلمون، وأجهزة الضبط الاجتماعي الأخرى. وتتزايد الصراعات خاصة عندما تكون البيئة (متمثلة في الأبوين وأفراد الأسرة الآخرين وغيرهم)، على جهل واضح - أو على الأقل - على عدم إلمام ووعي كافيين بحقائق هذا النمو، وعندما لا تكون مسلحة بالأساليب النفسية والاجتماعية التي تساعد على تيسير التواصل والتفاعل مع شبابنا الصغار، والمراهقين، والتعامل معهم بطرق تربوية وعلاجية تساعد أبناءنا على الانتقال برفق للمراحل التالية من العمر، وعلى تدريبهم على مواجهة الإحباطات والتعامل مع الضغوط المختلفة التي يتعرضون لها في هذه الفترة من العمر. وهناك أكثر من سبب يجعلنا نعتقد أن الضغوط والإحباطات النفسية تلعب دورا أهم بكثير من مجرد الفروق الجنسية - البيولوجية بين الذكور والإناث والتغيرات البيولوجية المصاحبة للنمو والانتقال لفترة المراهقة. ففي نفس الدراسة التي أجريناها بالمنطقة الشرقية من السعودية، تبين أن الجماعات التي يتطلب عملها كثيرا من المواجهات الاجتماعية، والاحتكاك بالناس، والمعرضة - بحكم هذا الدور الاجتماعي - لضغوط ومنغصات يومية تحصل بدورها على درجات

عالية في مقاييس الأمراض النفسية، بما فيها الاكتئاب والقلق والعداوة. هذا ما وجدناه بالنسبة لرجال الشرطة، ووجدناه أيضا بين مدرسات المدارس الابتدائية، والأجانب المتعاقدين للعمل بالسعودية في البنوك والمؤسسات العامة. ومهما يكن تفسير هذه النتيجة، فإن من المؤكد أن من بين المستهدفين للمخاطر النفسية والاضطراب النفسي، هؤلاء الذين يتطلب عملهم تعرضا أكثر من غيرهم للضغوط النفسية، والمنافسة، والصراعات الاجتماعية اليومية.

والطفل العربي أيضا في خطر. فمن واقع دراسة تمهيدية، تبين لنا أن 65٪ من الزيارات في العيادة النفسية السلوكية بقسم الطب النفسي، جامعة الملك فيصل كانت لمشكلات متعلقة بالأطفال بشكل مباشر أو غير مباشر (إبراهيم، الدخيل، إبراهيم، 1993)، ومن بين هذه: 35٪ كانت لمشكلات يمكن وصفها بالخطورة لأنها تتطلب رعاية مهنية وإشرافا طبيا مكثفا بما فيها: ذهان الطفولة، والتخلف العقلي، واضطرابات الانتباه والحركة، واضطرابات القلق والأمراض العصابية.

فضلا عن هذا، يوجد ما يدل على أن نسبة أكبر من الأفراد الذين يتعرضون للكوارث والحروب، يكونون عرضة أكثر من غيرهم للأخطار النفسية والعقلية مما يجعل مجتمعاتنا العربية في خطر مماثل، خاصة في البلدان والمناطق التي تتعرض بشكل متسق للمعارك الحربية والحروب المحلية، التي تنتهي بفقدان كثير من الأعزاء من الأهل أو الأقارب. والحقيقة أن البحوث التي أيدت ذلك كثيرة، ويصعب رصدها هنا، ولكنها تؤكد أن الضغوط النفسية والاضطرابات بأنواعها المختلفة، تنتشر بين الجماعات التي تعرضت مباشرة لوطأة الحرب كالكويتيين، والفلسطينيين واللبنانيين (للمزيد عن هذه الدراسات انظر إبراهيم وإبراهيم، 1996).

كذلك، تبين دراسة العلاقة بين الأمراض النفسية والمتغيرات الديموجرافية في البلاد العربية، أن الجماعات في الطبقات الاجتماعية المنخفضة، ومن ذوي الدخل المحدود، والأفراد غير المتزوجين من أكثر الجماعات عرضة للإصابة بالأمراض النفسية والعقلية كالاكتئاب، والقلق، وأمراض العدوان، مما يجعل أفراد هذه الجماعات عرضة لأخطار الأمراض النفسية أكثر من غيرهم، وأنه يجب إعطاء احتياجاتهم لخدمات الصحة

النفسية موضعا بارزا من الاهتمام. صحيح أن الاكتئاب ينتشر في الطبقات المتوسطة والمرتفعة، ولا يوجد ما يدل على أنه مقتصر في انتشاره على الطبقات الفقيرة، لكن من المؤكد أن فرص العلاج أمام الطبقات الفقيرة أقل بكثير مما هو متاح أمام الطبقات الأخرى، مما يجعل فرص الشفاء أمامهم محدودة. فضلا عن هذا، فإن الضغوط النفسية والاجتماعية المصاحبة للفقر وانخفاض الدخل تزيد على مثيلاتها في الطبقات العليا. ومن المعروف - فيما سنرى في موقع آخر من هذا الكتاب - أن زيادة الضغوط النفسية والاجتماعية تخلق مناخا سلبيا يساعد على تفاقم الأمراض النفسية، وانتشارها، بما في ذلك حالات الاكتئاب.

الاكتئاب والاضطراب في حياة العباقرة والمشاهير:

«وصلت إلى أسوان كالساهر الذي طوى الليالي وصالا بغير راحة، ثم ركن بجنبه لحظة واحدة إلى طرف الفراش. إنه في سهرته، يواصل الحركة ولا يبالي متى يرقد ليستريح، ولكنه يرقد لحظة واحدة فلا يدري متى هو قادر على النهوض.

«وقد وقع في خلدي أنني أزداد نشاطا في بلدتي لأنها مصحة للجسم ومصحة للنفس بين الأقرباء والأعزاء، فعجبت بعد أيام حين رأيتني أفقد النشاط لأيسر الأعمال، وكنت أحسبه تيارا متجددا لا يقبل النفاد.

«تجمعت المتاعب دفعة واحدة وبدا لي كأنني مريض بكل داء معروف وغير معروف. ولا مرض هناك غير الركود والإعياء بإجماع الأطباء، ومنهم الفطاحل العالميون الذين يفدون إلى المدينة مشتغلين أو يفدون إليها في حواشي الأمراء.

«وتملكتني فكرة الموت العاجل، فأدهشني أنني لم أجد في قرارة وجداني فزعا من هذه الفكرة، وكدت أقول لنفسي إنني أطلبها ولا أنفر منها !

«وإخال أن صدمة اليأس كانت أشد على عزيمتي من صدمة المرض، أو على الأصح، من صدمة الإعياء.

«وأشد ما أصابني من هذا اليأس أنه كان يأسا من جميع الآمال، ولم يكن يأسا من أمل واحد، كان يأسا من معنى الحياة، ومن كل غاية في الحياة .

«هو الموت إذن كما استقر في خلدي بلا أثر ولا خبر، وهو الموت إذن أمضي إليه صفر اليدين من مجد الأدب ومجد الدنيا، ومن كل مجد يبقى بعد ذويه...

«وهل هذا يليق؟ يا ضيعة لرجاء المجد المتطلع إلى عشاق وعبادة؟»،

كاتب هذه العبارات هو عباس محمود «العقاد» («العقاد»، 1981، ص 81 ـ 82)، الذي وصفه معاصروه ونقاد الأدب بالجبروت والعملقة (إبراهيم، 1995، عاشور، 1996). مات عباس «العقاد» حقا، واستحق منا الإعجاب في حياته، وبعد مماته لكثرة ما أنتج، ولقدراته الشخصية على الصمود، وتحدي أزمات الحياة. ولكنني لم أشعر بإشفاق على هذا العملاق، بقدر ما شعرت به عند قراءتي لهذه العبارات. لقد عانى من الاكتئاب، وأوشك على حافة الانتحار. وبهذه العبارات السابقة رسم مشاعره خلال معاناته، وكأنه ـ لدقة وصفه ـ يكتب فصلا من فصول الطب النفسي المعاصر، موضوعه عن اضطراب الاكتئاب، بما في ذلك العجز عن الاسترخاء والنوم، ومشاعر اليأس والتشاؤم، والإرهاق البدني، والإحساس بالركود والإعياء والعزوف عن النشاط الإيجابي، والشكاوى البدنية، وعيادة الأطباء، والترحيب بالموت. ومما يذكر عنه، أن الإعياء النفسي بلغ به ـ في هذه المرحلة ـ درجة حتى خال نفسه أنه فريسة لمرض الصدر، وأنه ميت لا محالة، وأن كل ما كان يتطلع إليه من مجد أدبي لن يتحقق (ضيف، 1964). وهي صورة مألوفة لما يلعبه الاكتئاب في حياتنا.

ولم يكن عباس «العقاد» بين العظماء وحيدا في هذا المجال، ولا أول ولا آخر من عانى أو سيعاني من الاكتئاب. مثلا يكتب لنا الطبيب النفسي رونالد «فييف» (Fieve,1981) وهو طبيب نفسي معاصر، ارتبط اسمه باكتشاف عقار الليثيام Lithium المعروف بتأثيره الإيجابي في علاج حالات التقلب الوجداني ـ يكتب لنا كتابا يطلعنا فيه في فصل كامل يوثق فيه ما يدل على أن بعض المشاهير السياسيين، من أمثال محرر العبيد «أبراهام لينكولن» Abraham Lincoln الرئيس السادس عشر لجمهورية الولايات المتحدة، و «ثيودور روزفلت» Theodore Roosevelt، و «وينستون تشرشل» Winston Churchill، قد عانوا بالفعل من درجات حادة من التقلب الوجداني، التي كان الاكتئاب أحد ملامحها الرئيسية. فـ «لينكولن»، فيما يصف

لنا «فيبف»، عانى من نوبات اكتئابية منذ فترة مبكرة في العشرينيات من العمر، وإلى أن كان محاميا، واستمرت معاناته منه حتى أصبح رئيسا للولايات المتحدة. ذكر هو نفسه ذلك في خطاباته، وكتب عن معاناته المقربون منه، ومن عملوا في معيته. ولأن موجة الاكتئاب واليأس التي كانت تصيب «لينكولن»، كانت تتلوها فترات من النشاط الزائد، والإغراق الشديد في العمل، فقد افترض «فيبف» أن «لينكولن» عانى من حالة من الجنون الدوري الخفيف، أي ذلك النوع من الاضطراب الدوري، والتقلب المزاجي الحاد بين الاكتئاب والهوس. ولأن أسرة «لينكولن» قد خلت من حالات مماثلة من هذا الاضطراب، فقد افترض «فيبف» أيضا أن الاكتئاب الذي أصاب «لينكولن» لم يكن بسبب عوامل وراثية معروفة، لقد كان أقرب ما يكون لما يسمى بالاكتئاب الاستجابي. والدليل على ذلك، أن الاكتئاب ظهر لديه مبكرا في العشرينيات من عمره إثر وفاة حبيبته الأولى. إذ دخل بعدها في موجة حادة من الاكتئاب، وكان يشاهد وهو يجول ويهيم هنا وهناك على شاطئ البحر، وبين الغابات. وكان من يراه يصفه بأنه كان يبدو مشتتا، غائب الذهن، مطأطئ الرأس، مستغرقا في ذاته وأحزانه. ولخوف أسرته وأصدقائه عليه خلال هذه الفترة من أن يرتكب عملا أحمق قد يودي إلى موته كالانتحار، فقد حجبت عنه السكاكين والشفرات الحادة. ويسجل له المؤرخون أنه كتب عن الانتحار في إحدى مراسلاته المبكرة لإحدى الصحف اليومية. ولم تشفع له فيما يبدو حتى حياته التالية عندما أصبح رئيسا للولايات المتحدة، فقد كانت تنتابه نوبات من الاكتئاب منذ الشهور الأولى لتوليه الرئاسة، تميزت بالانهباط الحاد في الطاقة على الفعل والحركة، والرغبة في الانزواء بنفسه، في ظروف كانت تتطلب منه الدخول في معارك سياسية حاسمة. وقد ازدادت حدة المرض لديه، عندما توفي ابنه في البيت الأبيض. بعدها ازدادت حالته سوءا لدرجة أنه جعل من يوم الخميس من كل أسبوع يوما للعزلة، والإغراق في الحزن، يعتكف خلاله بعيدا عن الآخرين بما في ذلك حتى نشاطاته في توجيه أمور الدولة. ومن الواضح أن طاقته على العمل والإنتاج في الفترات التي كان الاكتئاب يسيطر عليه فيها، كانت تتضاءل إلى حد بعيد، وكان يعوض له ذلك أنه بعد أيام أو أسابيع قليلة، كان مزاجه ينقلب إلى حالة من النشاط، والاستثارة، والعمل، لدرجة أنه كان

يعد بنفسه ويلقي أكثر من عشرين خطبة في أقل من أسبوعين. هذا الانتقال الدوري من الاكتئاب إلى الاستثارة والنشاط، دفع «فييف» لأن يفترض أن «لينكولن» كان يعاني من حالة مخففة من الجنون الدوري أو اضطراب الهوس والاكتئاب، ولو أن الاكتئاب كان هو العنصر الغالب على شخصية «لينكولن».

أما الصورة التي أخذها هذا الاضطراب لدى «روزفلت»، فقد تماثلت مع الصورة نفسها لدى «لينكولن»، بفارق أساسي واحد، هو أن الاضطراب الدوري الذي غلب على «روزفلت»، كان يجنح نحو الاستثارة الشديدة. فقد كان «روزفلت» دائم الحركة والنشاط، لا يكف عن العمل. صحيح أنه كان يتعرض بين الحين والآخر لنوبات من الاكتئاب والملنخوليا، إلا أنها كانت بالمقارنة بـ «لينكولن» فترات قصيرة، كان يرجع بعدها لروحه المتفائلة النشطة. فهو مثلا تعرض للملنخوليا مرتين: المرة الأولى عندما توفيت زوجته الأولى بعد أربع سنوات فقط من الاقتران بها أثناء ولادتها، وماتت أمه بعد 12 ساعة من وفاة زوجته. يقول معاصروه إنه بالرغم من الاكتئاب الذي أصابه نتيجة لتلازم الكارثتين معا، فإنه، على عكس ما كان يحدث لـ «لينكولن»، سرعان ما تراجع عن حزنه، ليعود لممارسة نشاطاته السياسية المعتادة، وليتزوج مرة أخرى بعد سنتين من وفاة زوجته الأولى، لينجب منها خمسة أطفال. ويقول معاصروه أيضا إنه كان يغرق نفسه في نشاطات يومية خارقة، يراها «فييف» علامة على سيطرة موجة الهوس عليه. فقد ذكرت سكرتيرته أنه كتب خلال فترة رئاسته ما يقرب من 150 ألف رسالة، بقي محفوظا منها حوالي 100 ألف. وإذا صح ما يقوله مؤرخون من أنه كتب ما يعادل 18 مليون كلمة، فهذا يعادل عمل 40 عاما من الإنتاج الأدبي لكاتب أدبي نشط.

أما «تشرشل» فقد عرف عنه أنه كان مستهترا بحياته ونقوده، ولا يولي نتائج أعماله ما يليق بها من اهتمام، لدرجة أن «لويد جورج» غريمه السياسي طالب بوضعه تحت المراقبة، و «بكبحه»، خوفا من نتائج أعماله على مصير بريطانيا العظمى. وهذه الخصائص كانت تميزه في الحالات التي لم يكن فيها مكتئبا، أي في حالات الهوس. وفي مثل هذه الحالات عرف عن «تشرشل» أنه لم يكن يتوقف عن الكلام، وأنه يقول ما كان يحلو له دون

ضوابط. وكان «روزفلت» لا يتوقف عن الكلام ولا يترك للآخرين فرصة للحديث أو لإبداء الرأي. واشتهر عنه أيضا أنه يتحول في مثل هذه الحالة إلى إنسان متسلط، محب للسيطرة، وللدخول في نشاطات متعددة ومتعارضة بما فيها الكتابة الأدبية والسياسية، والممارسات اليومية، وتوجيه دفة الحرب ضد هتلر، وبناء الدولة في مواجهة السيطرة النازية في أوروبا، وبدء وتنفيذ مشاريع طموحة، لم يكن بمقدوره متابعتها، فكان يتركها لمعاونيه لإنهائها إيجابا أو سلبا.

ولكن تشرشل كان يتعرض أيضا لحالات من الاكتئاب الحاد، طوال عمره تقريبا، كان يسميه بلغته الأدبية «الكلب الأسود» black dog، لوصف المعاناة التي كانت تنهشه خلال أزمة الاكتئاب. يكتب «تشرشل» عن إحدى هذه النوبات العبارات المعبرة التالية:

«عندما كنت شابا في مقتبل العمر، مرت علي لحظات طويلة، كنت أشعر خلالها أن أضواء الأمل في حياتي قد خبت، كنت خلالها أعجز عن العمل إلا في حالة الضرورة القصوى. كنت أجلس في «مجلس العموم»، والاكتئاب الأسود يجثم فوق كاهلي... لقد فقدت في تلك الفترات تماما حتى الرغبة في الخروج إلى العالم الخارجي» (pp.114).

وأكد طبيبه الخاص هذه الحقيقة، فذكر أن أحد زملاء «تشرشل» وصفه بأنه كان دائما يبدو مكتئبا، وأنه عندما بلغ الخامسة والخمسين من العمر كان يبدو دائما يائسا، ولم يكن يرى إلا الجانب المعتم من الحياة، حتى أنه لم يستطع أن يخبئ إحساسه بالاكتئاب الدائم. كان يرى أن حياته لم يعد لها معنى، وأن نهايته وشيكة.

في تلك الفترة، بدأ «تشرشل» يبدي بوضوح عدم اكتراثه لما يدور حوله، وتوقف عن قراءاته، وعزف عن الحديث إلا فيما ندر، وهو الذي كان معروفا بحبه الإفراط في الحديث، وبالهيمنة على أي نقاش عادي.

وقد كتب قبل وفاته بفترة قصيرة: «لقد أنجزت الكثير، ولكنني لم أكسب في النهاية شيئا».

هذا بين الساسة، أما بين فرسان الكلمة، وطائفة الأدباء والفنانين، فإن قائمة من أصيب بالاكتئاب تطول كثيرا عن ذلك. فـ «فرجينيا وولف»، عانت من الاكتئاب الحاد إلى أن قررت أن تنهي حياتها بالانتحار.

وعانى «كافكا Kafka» منه حتى وفاته. وكتب «كيتس Keats» عن حالة مماثلة. أما «جوته»، Goethe فقد أعلن في أخريات أيامه بصورة مأساوية أن حياته: «لم تكن إلا ألما وعبئا، وإنني أؤكد أنني خلال الخمس والسبعين سنة من العمر التي عشتها حتى الآن، لم أختبر الصحة الطيبة ولو لأربعة أسابيع متصلة. (Hazleton, 1984, p.225). ويسجل لنا «سيمنتون» (Simonton, 1994, p284-310)، في كتاب شائق عن العظمة والعظماء الذين صنعوا التاريخ، نماذج تبين أن بعضهم وصلت بهم حالات الاضطراب والاكتئاب، لدرجة أنهم كان يجب أن يحجزوا في مصحات عقلية للاستشفاء، مثل «هولدرين»، و «عذرا باوند»، و «فان جوخ»، وبعضهم أنهى حياته في تلك المصحات أمثال «ماركيز دي صاد»، و «فيرجيسون»، و «شومان»، و «سيميتانا»، و «فيرجينيا وولف». أما «هيمينجواي» فيقال إنه قد أنهى حياته بنفسه، وقبل انتحاره عانى من الاكتئاب والإدمان الكحولي، وتطلب كل ذلك منه أن يتلقى علاجا طبيا منتظما، باستخدام جلسات من الصدمات الكهربائية بعيادة «مايو كلينيك» الأمريكية المشهورة Mayo Clinic .

وممن عولجوا بالجلسات الكهربائية أيضا الممثلة الأمريكية «فيفيان لي» التي اكتسبت شهرة فنية عارمة، خاصة عندما قامت بتمثيل دورها الخالد في الفيلم الأمريكي «ذهب مع الريح».

أما الموسيقي المعروف «رحمانينوف» فقد أهدى إحدى مقطوعاته الموسيقية المشهورة كونشرتو البيانو الثاني إلى معالجه، الذي ألهمه هذه المقطوعة فيما ذكر «رحمانينوف» نفسه. وكل هذا لا يدع مجالا للشك في أن هؤلاء قد عانوا دون ريب من الاضطراب الروحي والنفسي، متمثلا في الاكتئاب وغيره.

وعلى المستوى العربي، نجد عددا من الكتاب والشعراء المرموقين قد عبروا عن معاناتهم، ووصفوا هذا الاضطراب وصفا لا يترك مجالا للشك، في أنهم قد عانوا منه، واختبروه. فهذا «أبو العلاء المعري» يكتب في لحظة من اليأس الشديد:

تعب غير نافع واجتهاد

لا يؤدي إلى غناء اجتهاد

ويقول:

وانـــــصـــــرفـــــوا والـــــبـــــلاء بـــــاق
ولـــم يـــزل داؤنـــــا الـــــعـــــيـــــاء

أما الشاعر الحديث «صلاح عبد الصبور» فيصف في أكثر من موقع حالات وجدانية، هي في عرف علماء النفس والطب النفسي تمثيل دقيق للمعاناة الاكتئابية. في «شجر الليل» يكتب عن الوحشة والهموم:

قلبي المليء بالهموم المعشبة
وروحي الخائفة المضطربة
ووحشة المدينة المكتئبة

وفي موقع آخر يصف حالة من الحزن، ولكنك إن تعمقت في وصفه لها، ستجد أنها حالة إلى الاكتئاب الحاد أقرب، ووصف لا يجرؤ عليه إلا شخص قد عانى بحق منه:

حزني ثقيل فادح هذا المساء
كأنه عذاب مصفدين في السعير
حزني غريب الأبوين
لأنه تكون ابن لحظة مفاجئة
ما مخضته بطن
أراه فجأة إذ يمتد وسط ضحكتي
مكتمل الخلقة، موفور البدن
كأنه استيقظ من تحت الركام
بعد سبات من الدهور
لقد بلوت الحزن حين يزحم الهواء كالدخان
فيوقظ الحنين: هل سنرى صحابنا المسافرين
أحبابنا المهاجرين
وهل يعود يومنا الذي مضى من رحلة الزمان
ثم بلوت الحزن حين يلتوي كأفعوان
فيعصر الفؤاد ثم يخنقه
وبعد لحظة من الإسار يعتقه
ثم بلوت الحزن حينما يغيض جدولا من اللهيب
نملأ منه كأسنا، ونحن نمضي في حدائق التذكار

ثم يمر ليلنا الكئيب
ويشرق النهار باعثا من الممات
جذور فرحنا الجديب
لكن هذا الحزن مسخ غامض، مستوحش غريب
فقل له يا رب، أن يفارق الديار
لأنني أريد أن أعيش في النهار،

إن الحزن الذي يتحدث عنه الشاعر هنا ليس حزنا عاديا ومؤقتا، والذي نخرج بعده بطاقة على مواصلة الحياة. لكن الكآبة التي تغلفه، وأحاسيس اليأس، والاختناق، والجدب، لا تدع لنا مجالا للشك في أنه قريب في صورته التي يعبر عنها الشاعر، من ذلك الذي يصفه الأطباء بالاكتئاب الإكلينيكي ـ الاستجابي reactive depression. وقد ذكر معاصرو «عبد الصبور» وأصدقاؤه عنه أنه في حياته المبكرة كان يتصف بالعزلة، والهروب بنفسه عما يواجهه، وكان عزوفا عن المشاركة الاجتماعية إلا فيما ندر (عاشور 1996، ص 156 ـ 157). ولم تتبدل حياته، إلا بعد أن جنى الشهرة من خلال كتاباته ومسرحياته الشعرية، والعمل الصحفي، والوظيفة السياسية التي شغلها في آخر أيامه. ولو أنه كان يعود إلى حالته المبكرة من العزلة، وحب البعد عن الآخرين، عندما كان يتعرض لإحباط ما (المرجع السابق). ولهذا يمكننا أن نستنتج بوضوح أنه كان يتسم باستعداد شخصي مبكر، وأنه كان بحكم شخصيته، وتكوينه النفسي مستهدفا للاكتئاب، الذي غلب على قصائده الشعرية.

ومما يجعلنا نرجح أن اكتئابه من النوع الاستجابي ـ على الأقل في القصيدة السابقة ـ المقطع الذي يتطلع فيه لمقدم النهار، والذي بإشراقه تنبعث فرحة كانت قد ماتت]خلال الليل؟[، وهو المقطع الذي يقول:

ثم يمر ليلنا الكئيب
ويشرق النهار باعثا من الممات
جذور فرحنا الجديب.

فهنا، وفي هذا المقطع نجد ما يذكرنا بالعلامات التشخيصية التي يصوغها علماء النفس الطبي لوصف الاكتئاب العصابي. فعادة ما يخف الإحساس بالاكتئاب، وتنقشع الكآبة عند هذا النوع من المكتئبين عندما

يشرق الصباح، بينما تتزايد حدة إحساساتهم به مع مقدم المساء، وخلال الليل. وذلك على العكس من الاكتئاب الذهاني (أي المصحوب باضطرابات في التفكير، والعقل)، والذي عادة مالا يتوقف الإحساس به حتى بمقدم النهار.

ويمنحنا الأدب العربي مثالا آخر موثقا عن هذا الاضطراب تمثله شخصية «ماري زيادة» أو الآنسة «مي»، والتي عرف عنها حب الأدب، وإتقان اللغات الأجنبية. نزحت «مي» إلى مصر من موطنها الأصلي بلبنان مع أسرتها وهي في الثانية والعشرين من العمر. ومن المعروف عن هذه الكاتبة المرموقة أنها وهي في قمة مجدها الأدبي تعرضت لصدمات مريرة، جعلتها تشعر بالوحدة، وبالحزن والكآبة يتسللان إلى حياتها، وتحولت تدريجيا إلى حب العزلة، والابتعاد عن الناس شيئا فشيئا، وهي التي اشتهر عنها أنها جعلت من بيتها في مصر صالونا ثقافيا مفتوحا لكل أصحاب الأقلام المعروفين في مصر في ذلك الوقت بمن فيهم طه حسين، و «العقاد» وإبراهيم عبد القادر المازني... وقد انتهت حياة «مي» إلى مستشفى الأمراض العقلية بلبنان لتقضي فيها عاما كاملا. وبالرغم من أن النقاد والأدباء يرون أنها انتهت إلى المستشفى نتيجة لحيلة دنيئة حاكها ابن عم لها طمع في ثروتها، فأشاع أنها قد جنت (النقاش، 1990)، إلا أننا نعتقد أن قصة هذا التآمر - بالرغم مما لقيته من تأييد الصحافة المصرية في ذلك الوقت - كانت أحد العوامل التي ساهمت في مأساة «مي»، ولم يكن السبب الوحيد في دمغها بجنون الاكتئاب. نقول ذلك لأن حياتها السابقة - قبل ما عرف بمؤامرة ابن العم هذا - لم تكن تخلو من استعداد للإصابة بالاكتئاب. فقبل هذه المؤامرة بقليل، كانت «مي» تعيش في مصر في فترة اكتئاب وعزلة، خاصة بعد وفاة والديها، وخلالها كتبت رسالة لقريب لها في لبنان نشتم منها أعراضا للبذور الأولى للاكتئاب.

في بعض المقاطع من هذه الرسالة تقول: «إني أتعذب يا جوزيف، ولا أدري السبب، فأنا أكثر من مريضة، وينبغي خلق تعبير جديد لتفسير ما أحسه. إني لم أتألم في حياتي كما أتألم الآن. ولم أقرأ من الكتب أن في طاقة إنسان أن يتحمل ما أتحمل. وددت لو علمت السبب على الأقل...» (النقاش، 1990، ص ص 221 - 230). ومن ثم نعتقد أن مؤامرة ابن العم،

وإذعان الأطباء النفسيين له، وإصدار الحكم بحجزها في مستشفى «العصفورية» للأمراض العقلية، فضلا عما افتقدته من دعم اجتماعي من المحيطين بها، كل ذلك أضاف إلى إشعال غضبها المكتوم، وحنقها، فكان الانهيار العصبي، والاستسلام للاكتئاب. وفي رأينا أيضا أن قصة «مي زيادة»، تقدم برهانا واقعيا جيدا لنظرية اليأس المكتسب، وتكشف كيف أن تغيرات الحياة، وتبدلاتها قد تساهم على نحو فعال في اكتساب الاضطراب النفسي، حتى ما كان منه على المستوى الذهاني.

وإذا قبلنا بالفرضية التي تقول إن الأدب هو انعكاس للمشاعر الشخصية، وتسجيل لحياة الشاعر أو الكاتب من خلال ما يكتب أو من خلال الشخصيات التي يبتكرها بطريقة ما، وإذا قبلنا بالرأي القائل إن الكاتب المصري المعروف «نجيب محفوظ»، قد ترجم نفسه ومشاعره في أبطال قصصه ورواياته، مثل عمر الحمزاوي في «الشحاذ»، فإن من المؤكد أن كاتبنا الكبير لم ينج في فترة ما من حياته من المعاناة النفسية والاكتئاب. لقد تنبهت - في واقع الأمر - إلى القيمة النفسية العميقة «للشحاذ»، بشكل خاص في كتاب صدر للدكتور يحيى الرخاوي بعنوان «قراءات في نجيب محفوظ» (الرخاوي، 1992).

وأود بادئ ذي بدء ألا أنكر أنه قد تكون هناك أكثر من رؤية يمكن من خلالها النظر إلى «الشحاذ»، وأن أشير بالفعل إلى أن هناك العديد من الناقدين ممن تناولوا الشحاذ برؤية خاصة من أمثال لطيفة الزيات (1989)، وشكري عياد (1989)، ويوسف الشاروني (1989)، فكل ناقد من هؤلاء قدم من التفسيرات الاجتماعية، أو الفلسفية - الميتافيزيقية في شرح شخصية «عمر الحمزاوي»، ما لا تعترض عليه.

وبالرغم من أنني لا أعتقد أن «نجيب محفوظ» لم يشأ أن يكتب عن حالة نفسية مرضية بحتة، وربما لم يرد إلا أن يقدم رؤية فلسفية - اجتماعية، من خلال فاجعة «عمر الحمزاوي» وهذا الداء المفاجئ الذي ألم به، إلا أن هذه الرواية تحتل أهمية خاصة بالنسبة لموضوعنا الحالي.

والذي يجعل من «الشحاذ» رواية ذات أهمية خاصة على المستوى النفسي، أنها وصفت بشكل دقيق ومؤثر ما تتسم به المعاناة من هذا الاضطراب، فضلا عن أنها - لدقة ما احتوته من وصف لهذه الحالة - لا يمكن أن

تكون ـ وأنا أتفق في ذلك مع يحيى الرخاوي ـ من محض الخيال، وربما وصفت أديبنا الكبير في لحظة ما من لحظات حياته، ومن ثم فإن المحامي «عمر الحمزاوي»، البطل الرئيسي لهذه القصة ـ إن لم يكن تجسيدا بشكل ما للأديب نفسه ـ فإن نجيب محفوظ قد جسد فيه رؤية أدبية مذهلة لمفهوم الاكتئاب.

اختار نجيب محفوظ عمر الحمزاوي الذي يتصف منذ البداية بالحساسية الشديدة. والذي تبدأ به الرواية وهو في عيادة طبيب نفسي صديق. ونعلم من خلال صفحات من الحوار الممتع مع الطبيب أنه محام ناجح وثري في الخامسة والأربعين من العمر، متزوج، وله ابنتان، من النوع الضخم الممتلئ (كنت طويلا جدا وبالامتلاء صرت عملاقا). الصورة من الناحية الوصفية ومن ناحية العمر والمظهر الجسمي صورة موفقة واختيار جيد من قبل الكاتب، لأنها تتسق بدقة مع نفس الصورة التي ترسمها كتب الطب النفسي لحالات الاكتئاب. ونعلم منذ الصفحات الأولى، أنه جاء لعيادة الطبيب النفسي، لأسباب منها:

- لكني أشعر بخمود غريب (ص7).

- الحق أنه نتيجة لهذا الخمود ماتت رغبتي في العمل بحال لا تصدق (ص7).

- يخيل إلي أنني ما زلت قادرا على العمل ولكني لا أرغب فيه. لم تعد لي رغبة فيه على الإطلاق، تركته للمحاسب المساعد في مكتبي، وكل القضايا تؤجل عندي منذ شهر (ص 8).

- وكثيرا ما أضيق بالدنيا والناس، بالأسرة نفسها (ص8).

- لا أريد أن أفكر أو أن أشعر أو أن أتحرك. كل شيء يتمزق ويموت (ص8).

العبارات السابقة تمتلئ بالخمود، وموت الرغبة في العمل، والضيق بالنفس والعالم، وهي تمثل جميعها صورة من الأعراض النفسية للاكتئاب. وهي تصلح لفرط دقتها أن توضع في مقياس نفسي من مقاييس الشخصية للاكتئاب.

ويخرج عمر الحمزاوي من عند الطبيب الذي يؤكد له أنه لا يوجد لديه مرض بالمفهوم الطبي، ومن ثم:

- توكل على الله. ليس بك إلا نذير من الطبيعة فاستمع إليه. وعليك أن تنقص وزنك عشرين كيلو، ولكن على مهل ودون عنف.

أو عندما قال له صديقه مصطفى فيما بعد، عندما سأله رأيه عما ألم به.

- إنه الإجهاد والتكرار والزمن (ص22).

وتتدهور علاقاته الاجتماعية، كما نلمس في هذا الحوار مع زوجته:

قاطعته نافدة الصبر:

ـ إني أعرف ما علي، والبنت معدنها نفيس ولكنك تهرب...

ـ أهرب ؟

ـ أنت فاهم ما أعنيه فاعترف...

ـ بأي جريمة؟

ـ بأنك لم تعد أنت...

ما أحوج الرطوبة اللزجة إلى عاصفة هوجاء.

ـ حقا؟

ـ جسمك وحده الذي يعيش بيننا، وأحيانا أحزن لحد الموت.

ـ ولكنني أتداوى بعزيمة صادقة كما لابد تشهدين.

ـ الحق أني أتساءل عن السبب وراء ذلك كله، أطوارك جعلتني أتساءل من جديد.

ـ لكننا شخصنا الحال بما فيه الكفاية.

ـ أجل، ولكن ألا يضايقك شيء بالذات ؟

ـ أبدا...

ـ يجب أن أصدقك...

ـ لكنك لا تصدقين فيما يبدو؟

ـ ظننت أن أمرا ضايقك في المكتب، في المحكمة، عند أحد من الناس، وأنت حساس وبارع في الحزن في المكتوم،

لكن متابعة عمر الحمزاوي، ورحلته خلال الرواية تكشف لنا صورا أخرى عما يتركه الاكتئاب من آثار عميقة على الشخصية، بجوانبها الاجتماعية والمعرفية والانفعالية. لقد استفحل الداء، حتى أصبح ذهانا يمتص طاقته على العمل والحب، ويزهده في كل شيء كان يحتل عنده يوما

ما قيمة أو معنى (انظر إلى صفحتي 50 و 51 في حواره مع نفسه، وحاول أن تصل ذلك وتربطه بالأبعاد التي وضعناها في وصف الاكتئاب من قبل):

«يا إلهي إنهما شيء واحد، زينب]زوجته [والعمل، والداء الذي زهدني في العمل هو الذي يزهدني في زينب. هي القوة الكامنة وراء العمل. هي رمزه. هي المال والنجاح والثراء وأخيرا المرض. ولأنني أتقزز من كل أولئك، فأنا أتقزز من نفسي، أو لأنني أتقزز من نفسي فأنا أتقزز من كل أولئك. ولكن من لزينب غيري؟ الليلة الماضية كان الحب تجربة مريرة. ضمر ونضب فلم يبق منه سوى ارتفاع في الحرارة وسرعة في النبض وزيادة في ضغط الدم وتقلص في المعدة. تتلاحق في وحدة رهيبة... ويزدردك قبر النوم بلا راحة. ويظل عقلك يتابع هواجسه، حتى الطبيب تفكر في زيارته مرة أخرى. مسلما بأنك تغيرت أكثر مما كنت تتصور، فيا ترى ماذا أريد، أجل ماذا أريد؟ الفقه لا يهم، والحكم لمصلحة موكلي لا يهم، وإضافة مئات جديدة لحسابي لا يهم، ونعمة البيت السعيد لا تهم، وقراءة عناوين الصحف لا تهم...» (ص ص 50 ـ 51).

بعبارة أخرى، جسد «عمر الحمزاوي» في تطور الداء، ووصف لنا بصورة مثالية نادرة غالبية الأعراض، بما فيها:

- **تدهور طاقته على العمل والجنس:**

الأمر أخطر من ذلك، وليس العمل وحده الذي أصبحت أكرهه، ولكن الداء يلتهم أشياء أخرى أعز علينا من العمل، زوجتي على سبيل المثال... لا أدري كيف أتكلم ولكن للأسف لم أعد أطيقها، البيت نفسه لم يعد بالمأوى المحبوب (ص 53).

- **الإحساس بالضجر والملل:**

- ما أفظع الضجر، الحموضة التي تفسد العواطف الباقية (ص 15).

وفي موقع آخر:

- ضجر يضجر أضجر فهو ضجر، وهي ضجرة، والجميع ضجرون وضجرات.

- **إدراك العالم الخارجي بصورة متأثرة بأعراض الكآبة:**

في أكثر من موقع ترد عبارات مثل:

- ها هي أمك تحاكي البرميل، والأفق يحاكي السجن، والحرية استكنت

وراء الأفق، ولم يبق من أمل إلا الضمير المعذب (ص 18).

- **توقع الانهيار:**

التوقعات السلبية، وتوقع الانهيار، يرد في عبارات متعددة، مثلا:

- اللعنة، إني أشم في الجو شيئا خطيرا. ويرعبني إحساس حركي داخلي بأن بناء قائما سيتهدم (ص 22).

ثم، أخيرا يتهدم البناء فعلا، كما يتمثل ذلك في المحاولات المختلفة التي يقوم بها جاهدا للتخلص من كل الآلام التي عانى منها، فيهجر العمل، ويرحل عن الأسرة، ويمضي لياليه في الملهى وحانات الليل، مع الخمر، ومرافقة البغايا... الخ. مما يذكرنا بالصورة الدورية لجنون الهوس والاكتئاب، بكل ما فيها من اضطرابات معرفية، وهواجس، وهلاوس بصرية. بل إن التفكير في الموت والانتحار يتردد في داخله بين الحين والآخر:

- **إن لم أفعل ذلك فإنني سأجن أو أنتحر** (ص 154).

أو كما في موضع آخر: «ألم تدرك أنني ميت الحواس؟».

وتتزايد في الصفحات الأخيرة أحاديثه عن «ذهاب لا رجعة فيه»، ويصل إلى نهاية مغربة، ضبابية لا تعرف منها إن كان هو حيا بالفعل، أم أنه هذيان النهاية، كما في الصفحة الأخيرة 173:

ـ اهدأ سيراك الطبيب فورا.

ـ لا حاجة بي إلى إنسان.

ـ لا تجهد نفسك بالكلام.

فقلت بإصرار:

ـ لقد تكلمت الصفصافة ورقصت الحية وغنت الخنافس.

ومضى يردد ذلك بصوت خافت، وأغمض عينيه، ولكن الألم لم يسكن. وتساءل متى يرى وجهه؟ ألم يهجر الدنيا من أجله.

وهكذا يجسد لنا «الشحاذ» صورة مثالية عن الاكتئاب تغنينا عن كل تعليق، ويتبقى أن نفهم مغزى الصلة بين الظاهرتين: العبقرية، والمرض النفسي ـ العقلي.

فقد توحي النماذج التي ذكرناها آنفا كما لو أن الإبداع والعبقرية، مجالان من المجالات التي تشيع فيهما حالات الاكتئاب والاضطراب النفسي والعقلي. طبعا هذا الرأي شاع في أذهان وتصورات الكثير من العامة،

نتيجة للتصرفات الشاذة والغريبة التي تشيع بين العباقرة، مما يجعل «المفكر العظيم» ـ فيما عبر «باسكال» منذ القرن 17 ـ «متهما بالجنون تماما كالمجرم العظيم» (كيسيل، 1996، ص ص 277 ـ 298).

والحقيقة أن فكرة ارتباط العبقرية بالمرض النفسي فكرة قديمة، كانت سائدة لدى المفكرين وعلماء النفس والطب النفسي منذ فترة مبكرة. فقد كان شعراء وفلاسفة وكتاب القرنين السابع عشر والثامن عشر هم الذين روجوا لفكرة ارتباط العبقرية بالمرض العقلي و «السوداوية» (السوداوية تمثل أحد المفاهيم القريبة من مفهوم الاكتئاب في الكتابات العلمية المعاصرة). فمثلا أعلن «بيرتون» في عام 1621 أن «كل الشعراء مجانين». واعتبر «لامارتين» العبقرية نوعا من المرض. أما «لمبروزو» الإيطالي فقد استمر في دفاعه عن هذا الرأي، بل وحاول أن يضفي عليه صبغة علمية، ففي كتابه الموسوم «العبقرية والجنون»، كتب صراحة عن العبقرية بأنها ذهان ومرض عقلي.

وأعتقد أن شيوع فكرة ارتباط العبقرية بالجنون في القرنين السابع عشر والثامن عشر ومشارف القرن التاسع عشر، كانت امتدادا للفكرة اليونانية القديمة عن الفنان والشاعر بأنهما في حالة من التلبس والجنون. في محاورة «أيون» «لأفلاطون» يقول سقراط للشاعر صراحة: «إن هناك شيطانا يحركك... إنك لست بالصنعة الفنية تشدو أيها الشاعر، بل بقوة شيطان الشعر» (إبراهيم، 1987، ص 30).

وفي كتاب مبكر (إبراهيم، 1985)، أوضحنا أن علم النفس الحديث قد دحض هذا الرأي. فبفضل التطورات العلمية المعاصرة في علم النفس، وبفضل المنهجية التي سيطرت على التطور العلمي الحديث في دراسة السلوك الإنساني، ودراسات الشخصية، وبفضل ما تضمنته هذه الدراسات من محاولات للتنقيب عن الدوافع الشخصية لدى المبدعين، وبفضل محاولات العلماء للنفاذ إلى شخصية المبدع وتفردها، بفضل كل ذلك بدأت تتضح معالم أخرى للصلة بين الإبداع (أو العبقرية)، والاضطراب النفسي والعقلي، مما ساهم في مزيد من الدحض للرأي القديم.

لعل من أولى المحاولات العلمية المبكرة في دراسة العبقرية وصلتها بالمرض العقلي محاولة عالم إنجليزي مشهور، هو سير «فرانسيس جالتون»،

الذي درس مجموعة من العلماء والفنانين الإنجليز ممن تميزوا بقدرات فنية وعلمية غير عادية. كتب «جالتون» الذي كان متشيعا أساسا لدور العوامل الوراثية في الشخصية كتابه الموسوم «العبقرية والوراثة»، الذي جاء ليثبت أن العبقرية تنتشر في أسر معينة، ومن ثم فهي تخضع للوراثة إلى حد بعيد.

وما يهمنا من «جالتون» أنه عندما أعاد طبع كتابه في سنة 1892، وجه اهتمامه لموضوع العلاقة بين العبقرية والجنون. ونجده في الطبعة الثانية من هذا الكتاب يشن هجوما شديدا على «لمبروزو»، مبينا أن هذا الأخير وأنصاره يثيرون السخرية بسبب تورطهم في الربط بين العبقرية والجنون على نحو حتمي. هذا بالرغم من أنه لم ينكر تماما أن من المحتمل أن يتعرض العباقرة للجنون في بعض الأحيان، وربما أصابهم الانهيار تماما (عن كيسيل، 1996).

غير أن «سيلفانو أرييتي» Silvano Arieti يضيف إلى هذا الرأي - معارضا فكرة الربط بين العبقرية والاضطراب - رأيا آخر، اعتمد على نفس المنهجية السابقة القائمة على دراسة حالات من العبقرية. قدم «أرييتي» (Arieti,1976) ما يدل على أنه بالرغم من أن بعض أشكال الاضطراب الوجداني تشيع بالفعل بين المبدعين وحفنة من العباقرة، إلا أن لحظات الاضطراب في حياة أي عبقري من شأنها أن تلعب دورا معوقا للإبداع. بعبارة أخرى، فإن المبدع ينتج أفضل أعماله في الفترات التي تخف فيها التوترات، ويختفي الاضطراب، ويكون خلالها المبدع في أحسن حالاته الصحية بدنيا ونفسيا (quoted in Ibrahim & Ibrahim,1996).

ويؤيد «كيسيل» هذا الرأي (quoted in Post,1994) ويضيف له مقولة أخرى فحواها أن الدراسات التي اعتمدت على تقديم قوائم العظماء من الرجال والنساء، كانت انتقائية إلى حد بعيد. بمعنى أنها تجاهلت الأعداد الكبيرة للأفراد العظماء ممن تميزوا بالصحة والإشراق (كيسيل، 1996).

ومن الدراسات المعاصرة، التي امتازت بالعمق والشمول، والتي استطاعت أن تقدم إجابة مقنعة لموضوع العلاقة بين العبقرية والاضطراب النفسي تلك التي أجراها «بوست» على 291 من المشاهير، ونشرت في مجلة الطب النفسي الإنجليزية سنة 1994 (Post,1994). يقول «بوست» إن دراسته هدفت

إلى التحقق من فرضية أصبحت شبه ثابتة بين العامة، بل بين الكثير من العلماء ترى أن هناك صلة أكيدة بين الاضطراب النفسي والعقلي والبدني، وموضوع العبقرية والإبداع. ومن ثم فقد هدفت بهذه الدراسة إلى «أن أتبين مدى انتشار وشيوع الاضطراب، والأمراض بين المبدعين العظماء». وتكتسب هذه الدراسة أهمية خاصة بسبب ضخامة العينة، فضلا عن الإجراءات والشروط التي استخدمها «بوست» في انتقاء هذه العينة. فقد اعتمد على دراسة السير الشخصية التي كتبت عن هؤلاء المبدعين بعد فترة قصيرة من وفاتهم، وراعى في اختيار هذه السير تلك التي قدمت معلومات وافية عن الجوانب الأسرية، والشخصية، بما فيها الحياة الجنسية، والظروف الصحية. فضلا عن هذا راعى أن تصف هذه السير صاحب السيرة (الشخص المبدع) على نحو زمني متصل، أي ألا تكون فيه هوات زمنية وانقطاع عن العمل والإبداع. ولهذا السبب الأخير، ولأن السير الشخصية للعلماء والفنانين في الماضي لم تراع ذلك، فقد اقتصرت العينة على ضم فئة المبدعين الذين كانوا يعيشون قمة نشاطاتهم منذ النصف الآخير من القرن التاسع عشر. ولأن أنماط الاضطراب تختلف باختلاف طبيعة التخصص والحقل العلمي والفني للمبدع، فقد راعى الباحث أيضا أن يقسم عينته إلى ست فئات تخصصية، تضم كل منها 50 شخصية يمثل كل منها - في ضوء محكات الشهرة والأهمية الإبداعية - قمة إبداعية من قمم التخصص. ومن ثم فقد اشتملت عينته على خمس فئات فرعية من الإبداع وهي: الإبداع الفني، والأدبي، والفكري، والعلمي، والموسيقي، والقيادة السياسية.

ويهمنا من دراسة «بوست» بعض النتائج التي تتعلق بالصلة بين الإبداع والاضطراب النفسي والعقلي عموما، بما فيها التعرض للاكتئاب بشكل خاص. ففيما يتعلق بدرجة القلق، لم يجد الباحث بين المجموعات الست فروقا تذكر، فيما عدا مجموعة «القادة السياسيين، إذ تبين أن 17,4٪ من القادة السياسيين عانوا من اضطراب القلق، ربما بسبب الضغوط النفسية التي تفرضها عليهم طبيعة عملهم. أما عن المخاوف المرضية phobias وحالات الذعر بما فيها المخاوف من الأماكن المتسعة والفسيحة، فقد شاعت بين ثلاثة من الكتاب والفنانين هم «ألبير كامي» A.Camus، و «مانزوني،

Manzoni»، و «جوهان ستراوس Strauss». وعن الاكتئاب تبين أنه قد وجد لدى أكثر من 72٪ من مجموعة الكتاب والروائيين، تبعتها مجموعة الفنانين (7, 41٪)، ثم الساسة (3, 41٪)، ومجموعة الموسيقيين (6, 34٪)، وأخيرا يجيء المفكرون (36٪)، والعلماء (3, 33٪). وقد تميزت غالبية حالات الاكتئاب بفترات قصيرة لم تزد على أسبوعين. وقلت حالات الاكتئاب الذهاني، بدليل أن الانتحار لم يحدث إلا في خمس حالات من المجموعة الكلية ضمت: «هيمينجواي» Hemingway في الأدب الروائي، و «بولتزمان» Boltzman في الفيزياء، و«فان جوخ» Van Gogh في الفن، و «هتلر، Hitler» في مجال الزعامة السياسية (والذي بالرغم من اختلاف ظروف انتحاره، فقد تبين أنه عانى من نوبتين اكتئابيتين في حياته المبكرة)، ثم «تشايكوفسكي» Tchaikovsky في الموسيقى، والذي بينت وثائق معاصرة أنه لم يمت بالكوليرا كما هو شائع، إنما بتعاطي جرعات سامة بهدف الانتحار إثر نوبة اكتئابية حادة، بسبب اكتشاف ممارساته اللوطية وإبلاغها للقيصر (Brown,1991).

بعبارة أخرى، فإن الاكتئاب كان شائعا بالفعل بين المبدعين، إلا أن شيوعه كان أكثر في مجموعة الأدباء من كتاب الرواية والمسرح، وجاء شيوعه مرافقا لشيوع اضطراب آخر في نفس هاتين المجموعتين، وهو الإدمان الكحولي، مما قد يثير الشك في أن تكون الأعراض الاكتئابية نتاجا للإدمان لا أكثر ولا أقل. فضلا عن هذا، بينت دراسة «بوست» كما بينت دراسات سابقة عليه (Simonton, 1994, pp.289-290)، أن الاضطراب النفسي والعقلي يشيع في طوائف من المبدعين دون الطوائف الأخرى. فهو يزداد بين الفنانين والممثلين، أكثر مما هو شائع بين العلماء والساسة. بعبارة أخرى، فالاضطراب يجيء مقترنا بالموضوعات الإبداعية التي تتطلب تعاملا مع المشاعر والتعبير الذاتي والفردي، مما يدل على أن الإبداع في حد ذاته ليس قرينا للمرض ولكن ببعض الموضوعات التي قد تثير بطبيعتها ضغوطا انفعالية شديدة، بسبب ما تثيره من حدة في المشاعر، والإغراق في الرؤى الذاتية الجياشة. هذا من الناحية السلبية، ولكن «بوست»، يلاحظ أن نسبة شيوع مثل هذه الاضطرابات في مجموعته المرموقة أقل من نسبة انتشارها في الجمهور العادي.

خذ على سبيل المثال، نسبة الانتحار في مجموعة العباقرة التي درسها «بوست»، تجدها حوالي 7, 1٪، وهي أقل من نسبة الانتحار في الجمهور العادي، وفق إحصائيات منظمة الصحة الدولية في غالبية البلدان الأوروبية، والتي تبلغ على سبيل المثال ما بين 88, 1٪ و 17, 2٪ في النمسا، مما يجعل هذه النسبة بين مجموعة المشاهير أقل مما نتصور.

فضلا عن هذا، يلاحظ «بوست» أن المبدعين في عينته تميزوا - وبشكل موثق - بخصائص إيجابية لا يمكن أن توجد في المرضى العقليين الفعليين. ففضلا عن أن كلا منهم تميز بعبقريته الخاصة في الإنجاز والبحث والإبداع، استطاعوا بالرغم من كل الصعاب التي واجهتهم الاستمرار في العمل والنشاط. وجميعهم اتصفوا بخصائص إيجابية من الشخصية بما فيها المثابرة، والجدية، وحب الإتقان. وجميعهم فضلوا القيام بأعمالهم منفردين، هذا بالرغم من أن حياتهم الاجتماعية كانت في عمومها أميل للصحة والتوازن، وحب الصداقة، والمحافظة عليها بالرغم من أن ما يشاع عن العباقرة عكس ذلك.

صحيح أن حياتهم وشخصياتهم لم تكن عادية بأي حال من الأحوال، إلا أن جوانب الشذوذ في شخصياتهم لا يمكن مطابقتها بالأمراض السيكياترية، وأمراض الشخصية التي تصفها لنا كتب الطب النفسي العادية. بعبارة أخرى، فإن شخصيات المبدعين تبدو كما لو كانت من طبيعة خاصة، تمثل نفورا وبعدا عن الأنماط العادية التقليدية من الناس، ولكن دون أن تتمثل فيها جوانب الاضطراب العقلي والنفسي بالمعنى الطبي - المرضي.

الإبداع والمرض النفسي - العقلي وعلم النفس الحديث:

وتثير التطورات الحديثة في دراسة العلاقة بين الإبداع والاضطراب النفسي، نقاطا جوهرية أخرى بفضل ما يسمى بالتطور السيكومتري، أي دراسة الإبداع باستخدام المقاييس النفسية والاختبارات. فمنذ أوائل الخمسينيات نجح علماء النفس في وضع عدد من المقاييس النفسية لما يسمى بالإبداع كقدرة ذهنية وانفعالية مستقلة. (للمزيد عن تطور المقاييس الإبداعية، وأمثلة عنها، وشروط تكوينها، انظر: إبراهيم، 1985).

بفضل التطور في وضع مقاييس للإبداع، أمكن للعلماء أن يعزلوا المبدعين

عن غير المبدعين، بناء على أدائهم على هذه المقاييس، ومن ثم دراسة شخصياتهم، وما ينتشر بينهم من خصائص مرضية أو صحية بالمقارنة بغيرهم من غير المبدعين، ومن ثم الوصول إلى إجابات شافية عن العلاقة بين المرض النفسي والإبداع.

وبمقارنة المرتفعين على مقاييس الإبداع، بغيرهم من الناس من حيث سمات الصحة والمرض، تبين وجود خصائص مختلطة. فمن جهة تبين بالفعل أن المبدعين يحصلون على درجات عالية نسبيا في الاكتئاب والقلق، وهي الخصائص التي تدل على اضطراب المزاج، لكن أمراضهم لم تصل لدرجة التشوش والاضطراب العقلي والذهني. فضلا عن هذا، تبين أنهم يتميزون بخصائص إيجابية لا توجد بين المرضى النفسيين والعقليين العاديين. فقد بين «بارون» (Barron,1963-1969,)، و «ماكينون» (MacKinnon,1978-1963)، أن المبدعين أكثر من غيرهم قدرة على تحمل الضغوط، وأكثر ميلا لحب الاستقلال، وأكثر قدرة على توصيل أفكارهم للآخرين. وقد تأكدت نتائج مشابهة لذلك في دراسات لنا مبكرة عن الإبداع والأصالة في بيئة عربية هي مصر (إبراهيم، 1978). فقد تبين لنا أن المرتفعين في الإبداع - بالمقارنة بغير المبدعين - تميزوا بخصائص صحية منها البعد عن التطرف، ومنها القدرة على تحمل النفور والاختلاف، ومنها التفتح العقائدي، ومنها الميل إلى حب الاستقلال وتأكيد الذات لكن دون رغبة في الاختلافات من أجل الاختلاف وإثارة الصراع.

نتائج دارساتنا إذن تتفق مع النتائج المبكرة التي كشفتها بحوث «ماكينون» و «بارون» كما تتفق مع البحوث المعاصرة، من أمثال دراسة «بوست» التي بينت أن المبدعين من العلماء والفنانين والأدباء، وعلماء السياسة يتسمون بكثير من الخصائص الشخصية الإيجابية التي لا يمكن أن نجدها بين المرضى النفسيين والعقليين. بعبارة أخرى، نجد أن ما يشيع من خصائص الاضطراب النفسي أو العقلي بين المبدعين، لا تزيد على ما يشيع بين العاديين من الناس. كما نجد أنهم يتميزون بكثير من السمات الشخصية والوجدانية التي هي أبعد ما تكون عن المرض والاضطراب. فهم أميل للثقة بالنفس، والاستقلال في الحكم والتفكير، وأميل للانطلاق في التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم، وأكثر تفتحا على الخبرة، وأكثر قدرة على العمل

والإنتاج، وتنظيم الوقت والطاقة، فضلا عن قدرة عالية على تحمل الضغوط.

خصائص إيجابية إذن لا يمكن أن نجدها بين المرضى النفسيين والعقليين، كما قد لا نجدها حتى بين العاديين من البشر، ونجدها بين المبدعين تعشش جنبا إلى جنب مع بعض الخصائص الغريبة والشاذة في سلوك المبدعين. لهذا تجدنا قد نقبل بالوصف الذي قدمه كل من «أونيل» و «أونيل» (O'Neil & O'Neil,1974) للمبدعين، بأنهم يمثلون «نمطا مختلفا وراقيا» من السواء supernormal. إن مجرد وجود بضع حالات من الانهيار والتوتر النفسي في حياة بضعة من المفكرين والعلماء لا يعني أن حياتهم هي كذلك في عمومها. كما لا يعني أن الاضطراب النفسي الشديد هو السبب في توليد العبقرية، أو أن العبقرية تؤدي إلى الاضطراب العقلي والنفسي. والأقرب إلى الصواب أن نقول إن هؤلاء المبدعين قد أصيب بعضهم بالقلق والاكتئاب، ولكنهم استطاعوا أن يستمروا في إنتاجاتهم العبقرية العلمية والأدبية بالرغم من اضطرابهم، وليس بسببها (إبراهيم، 1987). ونجد تأييدا لهذا الرأي في كتاب قيم بعنوان: «الإبداع: التوليفة السحرية للطبيب النفسي المعروف «سيلفانو أرييتي»، صاحب الكتابات المعروفة عن الفصام، والذي كان رئيسا لجمعية الطب النفسي الأمريكية. في هذا الكتاب يبين «أرييتي» أن المبدعين بالرغم ما يتصفون به أحيانا من مزاج مضطرب، فإن خصائصهم المرضية تعوق إبداعاتهم. ومن ثم نجد أن هؤلاء المبدعين، يضعون معظم إنتاجاتهم العلمية والفنية والأدبية الخارقة في أكثر لحظاتهم اتساما بالصحة، وفي الفترات التي تكون فيها اضطراباتهم تحت الضبط، أو في أقل درجاتها (Arieti, 1976, p.356-358).

انطلاقا من هذا المبدأ وهو أن المرض النفسي يعتبر معرقلا لا ميسرا للإبداع، أخذ علماء النفس يبتكرون في الوقت الراهن كثيرا من البرامج التدريبية لتقوية الدافع الإبداعي، والمهارات العقلية في حل المشكلات كطريقة من طرق العلاج النفسي، وتقوية رصيد عال من الصحة النفسية والعقلية لدى المرضى العقليين والنفسيين. مثال هذا استفاد علماء العلاج النفسي السلوكي، بالتحليلات التي قدمها علماء الإبداع في دراسة وتحليل العملية الإبداعية وتطورها. وتجد مصداقا لهذا الطريقة التي ابتكرها كل من «دوزيريللا» و «جولدفريد»، والمعروفة بتدريب القدرة على حل المشكلات

problem-solving (D'Zurilla and Goldfried,1971)، ويهدف هذا الأسلوب إلى إطلاع المريض على أن هناك حلولا متعددة وأكثر فاعلية، للمشكلات التي تواجهه إذا ما نظر إلى المشكلة نظرة إبداعية. ثم إن بإمكانه منفردا أو بالتعاون مع معالجة أن ينتقي من بين هذه الأساليب، أكثرها فاعلية في التغلب على المشكلة ومن ثم التوجه لطريق الصحة النفسية (Hawton and Kirk, 1991, pp. 406-426; Spiegler and Gueveremont, 1993, p337). بهذا المنطلق لم يعد السؤال المطروح أمامنا هو ما إذا كانت العبقرية تدفع للجنون أو العكس، إنما أصبح السؤال يتركز في البحث عن الإمكانات الهائلة التي يمكن أن تساهم فيها دراسات حل المشكلات والإبداع، في ابتكار ما يصلح منها لرسم معالم الصحة العقلية ومعالجة الاضطراب النفسي والعقلي. لقد تجاوز علماء العلاج النفسي والسلوكي الفكرة التقليدية بأن الإبداع والعبقرية سببان من أسباب المرض النفسي والعقلي، وانطلقوا في ممارسات نشطة جعلت هدفها توظيف الإبداع في علاج التحديات المختلفة للمرض النفسي والعقلي، وإنها لنقلة هائلة في حساب الرصيد العلمي في خدمة الإنسان: المبدع أو غيره.

3 التعرف على الاكتئاب

ليس الاكتئاب هو مجرد هذا الحزن المؤقت على وفاة عزيز، أو ذلك الهبوط في المزاج الذي يتملكنا بين الحين والآخر، وليس هو مجرد إحساس بوحدة تنقشع بزيارة صديق أو مبادلة الحديث مع أحد الرفاق، أو الزملاء. عندما يذكر الاكتئاب تذكر معه الكثير من خصائص الاضطراب النفسي بما فيها المزاج العكر والتشاؤم، والشعور بالهبوط، والعجز، وبطء عمليات التفكير وبطء التذكر، وانتقاء الذكريات الحزينة والمهينة. ما كان يسرنا بالأمس القريب لم يعد اليوم يحمل إلا مشاعر الأسى والحزن. بعبارة أخرى، يعبر الاكتئاب عن كل تلك الآلام النفسية والجسمية والمنغصات التي تمضي عليها الأيام والشهور: هذا هو الاكتئاب المرضي، الذي أصبح اليوم بالإمكان التعرف عليه، وعلاجه نفسيا بكفاءة عالية.

ومع ذلك فإن التعرف على الاكتئاب وتحديد عناصره لا يكون دائما سهلا، وذلك بسبب تَـقَنُّعِه بأعراض، وأمراض جسمية أخرى لا يجد الطبيب لها تفسيرا عضويا يساعده على علاجها. ولهذا ليس من النادر أن يلجأ المريض بالاكتئاب أولا - كما لجأ «عمر الحمزاوي» في رواية «الشحاذ»: رائعة

«نجيب محفوظ» المعروفة - إلى الأصدقاء المقربين شاكيا من الخمود والكسل، والعجز عن النوم، ونقص الوزن. بعبارة أخرى، يمكن أن يأخذ الاكتئاب في البداية شكل أعراض وأمراض جسمية أخرى كالصداع، وفقدان الشهية، واضطرابات النوم، وآلام العضلات، واضطرابات المعدة. وتزداد المشكلة تعقيدا، عندما يكون الاكتئاب مصحوبا بأمراض نفسية وجسمية أخرى مستقلة. ولهذا نجد أن المهتمين بحقل الصحة النفسية يولون جزءا كبيرا من اهتماماتهم للتعرف على الاكتئاب، باكتشاف مختلف الطرق والأدوات الملائمة لتشخيصه.

وعادة ما يتبنى العاملون بحقل الصحة النفسية والعقلية، طريقتين في التعرف على الاكتئاب بمعناه المرضي والمتميز إكلينيكيا. يتمثل الطريق الأول منهما - وهو عادة ما يعرف بطريق الفحص النفسي الإكلينيكي - بلقاء المريض وجها لوجه، وسؤاله بطريقة منهجية منظمة عن مختلف الظروف الاجتماعية والنفسية والطبية التي أحاطت بشكواه. وعادة ما يحاول الإخصائي النفسي الطبي خلال هذا الفحص أن يضع تشخيصه المناسب للحالة بما يتوافر له من خبرة، أو بالرجوع إلى ما يتوافر لديه من الأدلة التشخيصية للأمراض النفسية والعقلية التي تشرحها المراجع الطبية النفسية المعروفة. ومن أمثلتها وأكثرها شهرة المرشد - التشخيصي والإحصائي الرابع DSM- IV الذي أصدرته جمعية الطب النفسي الأمريكية عام 1994 (APA,1994,)، والآخر هو الذي أصدرته الصحة الدولية، والمعروف باسم التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات النفسية ICD-10 (WHO, 1991) وكلاهما يشرح، ويصنف ويصف الأمراض والأعراض المميزة لكل مرض نفسي أو عقلي معروف، وذلك بالاعتماد على ما يتوافر من خبرة وبحث. وكلاهما يكشف عن أوجه الخلاف والتمايز بين هذه الأمراض، والجماعات والأفراد المستهدفة لها.

ويعتمد الطريق الثاني - السيكومتري - في التعرف على الأمراض النفسية والعقلية بما فيها الاكتئاب، من خلال استخدام المقاييس النفسية والسلوكية المقننة، وعلى ما تكشفه من علامات، وجوانب من الأنماط السلوكية التي تظهر لدى الفرد، وتميز شخصيته، وجوانب تفاعلاته الاجتماعية، والتي يتميز بها هذا الاضطراب أو ذاك.

وبالرغم من اختلاف بعض المنطلقات النظرية بين الطريقتين، فإن أوجه التداخل والتشابه بينهما أكثر من أوجه الخلاف، خاصة إذا تعلق الأمر بوصف الأعراض المميزة للاكتئاب.

لكن هناك فوائد أكثر من الممكن أن نجنيها من استخدام المقاييس النفسية. فالمقاييس النفسية نتيجة لسهولة تطبيقها على أعداد أكبر، تيسر علينا القيام بمزيد من البحوث المسحية والوقائية، وفي فترة قصيرة من الزمن. ونعني هنا بالبحوث المسحية والوقائية تلك البحوث التي تجرى على أعداد ضخمة من أفراد المجتمع أو على قطاعات واسعة منه، بهدف تحديد شيوع هذا الاضطراب في داخل المجتمع، أو تحديد الجماعات المستهدفة له أكثر من غيرها. وهذا يمكننا بدوره من التخطيط الصحي السليم، ومن وضع السياسات الوقائية وتوجيهها للجماعات المستهدفة. وبفضل الدراسات المسحية تبين ـ مثلا ـ أن الاكتئاب والقلق يزداد انتشارهما بين النساء أكثر من الرجال، وأن الأمراض ذات الطابع العدواني والتخريبي والمضادة لقيم المجتمع (كالإدمان والجريمة) تشيع بصورة أكبر بين الرجال (Abbott, Weller& Walker, 1994). إن مجرد اكتشافنا لهذه الحقيقة، سيمكننا من التنبؤ مبكرا بإمكانية حدوث هذه المشكلة أو تلك، ومن ثم، وضع السياسات الملائمة في التغلب عليها مبكرا، ومن تحديد طبيعة الخدمات التي يجب أن تقدم للنساء، وتلك التي يجب أن تقدم للرجال، مثلا.

أضف إلى هذا، أن المقاييس النفسية تستطيع، في حالة تطبيقها على الأفراد أن تمنحنا صورة موضوعية عن الجوانب النوعية للمشكلة، وعن الأعراض المميزة لهذا الفرد أو ذاك. فقد يكون لدينا فردان ممن تم تشخيصهما طبيا بأنهما يعانيان من الاكتئاب، لكن الصورة التي يأخذها الاكتئاب لديهما قد تختلف اختلافا واسعا، أحدهما قد يكون مفتقرا للمهارات الاجتماعية اللازمة لتيسير التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، بينما الشخص الآخر، قد يظهر لديه الاكتئاب في شكل شكاوى جسمية، وتبقى صورة الأعراض في شخص ثالث في شكل اضطرابات في النوم أو الشهية. هنا تساعدنا الاختبارات النفسية، وفي فترة قصيرة على تبين مظاهر هذه الفروق الفردية، ومن ثم، توجهنا إلى وضع خطة علاج مستنيرة تراعي هذه الفروق، وتخطط لها على نحو فعال.

فضلا عن هذا، نجد أن وضع المقاييس النفسية المعدة إعدادا جيدا، يمكننا من تقييم أساليبنا العلاجية على نحو فعال. ومن ثم، فإن إعادة تطبيق مقياس للاكتئاب قبل وبعد إعطاء علاج طبي أو نفسي معين (عقار طبي مضاد للاكتئاب، مثلا أو أسلوب معين في العلاج النفسي)، ستمكننا على نحو موضوعي من تحديد فاعلية كل أسلوب منها، ومن ثم طرح بعضها أو تعديله، أو نتبنى الجيد منها.

وبالرغم من الاهتمام الخاص الذي يوليه المتخصصون في علم النفس لوضع المقاييس النفسية، فإن كثيرا من الأطباء النفسيين يستثمرون بعض الجهد أيضا في تصميم مقاييس نفسية متنوعة في مثل هذه الموضوعات بما فيها الاكتئاب. فنجد، على سبيل المثال أن بيك Beck وهو من الأطباء النفسيين المعروفين في مجال دراسة الاكتئاب، يضع مقياسا معروفا لتقدير الفروق بين الأشخاص في هذا الجانب. مما يدل على التداخل الشديد بين الطريقتين في تعريف الاكتئاب ووصفه. ولهذا تتشابه الصورة النفسية والمرضية للاكتئاب بينهما، كما سنرى في شرحنا الآتي للزملة الاكتئابية، ومن عرضنا لبعض مقاييس الاكتئاب.

نماذج من مقاييس الاكتئاب

يشكل موضوع ابتكار الاختبارات والمقاييس النفسية، وتقنينها، واستخدامها في الحقل النفسي، أحد أهم جوانب التقدم في علم النفس المعاصر. فبفضل الاختبارات النفسية ومقاييس الشخصية نتمكن في فترة قصيرة نسبيا، من تشخيص الوظائف النفسية والعقلية في الجمهور الذي نتعامل معه. فضلا عن أن هذه الأدوات تمنحنا ثروة من المعلومات المهمة عن مختلف الجوانب الاجتماعية والنفسية في حياة الشخص، بما في ذلك قدراته العقلية والنفسية، والاجتماعية. وبفضل هذه المعلومات يمكننا أن نحدد بقدر مرتفع من الثقة العلامات التشخيصية البارزة، التي يجب أن تكون موضوعا للاهتمام العلاجي، وصيغة الخطة العلاجية. ويعرف المتخصصون اليوم أن هناك عشرات بل مئات المقاييس والاختبارات النفسية، التي تصلح لمختلف مجالات التخصص، بما فيها حقل الطب النفسي. هناك مثلا مقاييس لتقييم القدرات العقلية، ووظائف التفكير، وأوضح نموذج

لذلك مقاييس واختبارات الذكاء (انظر بالعربية وصفا مفصلا لهذا النوع من المقاييس بما في ذلك شروطها العلمية، ونماذج منها في: إبراهيم، 1987 «أ»، 1987 «ب»). وهناك مجموعة أخرى من المقاييس نسميها مقاييس الشخصية والسلوك، وهي تهتم بمعرفة الجوانب الانفعالية والسلوكية العادية والمرضية في الشخصية الإنسانية، بهدف تشخيص عوامل القوة والضعف، ومقدار هذه العوامل، وما تشكله من أهمية عامة أو خاصة في رسم خطط العلاج، ومتابعتها. وتعتبر استبيانات الشخصية أو الاستخبارات questionnaires، من أهم مقاييس الشخصية استخداما في الحقل النفسي الطبي، إن لم يكن في كل حقول علم النفس. والاستبيان أو الاستخبار ما هو إلا عبارة عن مجموعة من الأسئلة التي تعطى للفرد أو لمجموعة من الأفراد للإجابة عنها بطريقة معينة (مثلا: «نعم» أو «لا» أو «لا أعرف»)، بهدف الحصول على بعض الحقائق الرئيسية عن شخصيته، أو سماته، وطريقته في التفكير، أو دوافعه... الخ. وعادة ما تحول إجابات الفرد إلى درجة أو رقم يعكس مستوى الشخص، ومدى أدائه في الوظيفة التي أعد الاستبيان لقياسها. ولعل من أشهر استبيانات الشخصية، وأكثرها انتشارا خاصة في حقل الأمراض النفسية والعقلية ما يسمى بمقياس مينيسوتا للشخصية المتعدد الأوجه. وتنبع أهمية هذا المقياس من أنه يعتبر من أضخم استبيانات الشخصية على الإطلاق، وأنه معد بطريقة علمية موضوعية تسمح بتحديد مستوى الفرد ودرجاته على عدد كبير من الأمراض النفسية والعقلية بما فيها الاكتئاب، والفصام، واضطرابات الشخصية... الخ. فضلا عن هذا، فالمقياس مترجم إلى اللغة العربية ومقنن على الأقل في إحدى الدول العربية وهي مصر (انظر: مليكة إسماعيل، وهنا، 1959)، كما أنه يتضمن مقياسا مستقلا يتكون من 60 عبارة عن الاكتئاب، كما يتمثل في النظرة المتشائمة للحياة والمستقبل، ومشاعر اليأس، والنقص، والانشغال الدائم بالموت، فضلا عن تباطؤ عمليات التفكير، وانخفاض مستوى النشاط والكفاءة.

ويؤخذ على اختبار مينسوتا للشخصية أعلاه، بما في ذلك مقياس الاكتئاب الذي اشتمل عليه، أن كثيرا من عباراته قد جمعت بناء على الدراسات الإكلينيكية على المرضى المحجوزين في المصحات العقلية

والنفسية، مما يجعله غير مناسب للناس العاديين، والذين يحتاجون إلى مقاييس تتناسب مع شكاواهم النفسية والوجدانية، ودون أن يكونوا مرضى بالمعنى الإكلينيكي. ولهذا نجد محاولات أخرى لقياس الاكتئاب من خلال استخبارات تصلح للمرضى الإكلينيكيين، وغيرهم.

وهناك طائفة أخرى من المقاييس غير الاستخبارات والاستبيانات السابقة، وتتمثل فيما يسمى بالمقاييس الإسقاطية Projective techniques. وقد نشأ التفكير في المقاييس الإسقاطية مرتبطا بتطور نظرية التحليل النفسي، التي اتجه المتحمسون لها لابتكار بعض الوسائل والاختبارات، التي تمكننا من الاطلاع على الدوافع والقوى اللاشعورية التي كان ينظر لها أصحاب هذه النظرية على أنها هي التي تحكم فهمنا للشخصية الإنسانية. ومن المعروف أن نسبة كبرى من أصحاب هذه النظرية يتبنون نظرة نقدية للاستبيانات المعتادة. إذ يزعم أصحاب هذا النوع من المقاييس الإسقاطية أن الاستخبارات اللفظية التي يجاب عنها بطريقة محددة وموضوعية، لا تصل إلى الدوافع والقوى اللاشعورية التي تحكم سلوك الفرد وميوله، واتجاهاته المرضية، وأنه من الممكن تزييفها.

والخاصية المميزة للمقاييس الإسقاطية التي تقيس الاكتئاب، هي أنها لا تحاول قياس الاكتئاب بأسئلة مباشرة، بل تقدم للشخص منبهات غامضة، وغير محددة المعالم، كأن نعرض عليه بقعا من الحبر، أو صورا، أو أشكالا أو جملا ناقصة.

ومن أوسع الاختبارات الإسقاطية انتشارا وأكثرها ذيوعا اختبار بقع الحبر لـ «رورشاخ» Rorschach-Ink-blot Test وهو يتكون من 10 بطاقات على كل منها بقعة حبر مكبرة، بعضها ملون، وبعضها رمادي وأسود. وقد اختار «هرمان رورشاخ» مؤلف هذا المقياس هذه البقع بعد تجارب طويلة. ويتطلب هذا الاختبار عرض هذه البطاقات واحدة تلو الأخرى على الشخص المفحوص، ويطلب منه ببساطة أن يصف هذه البقعة، وأن يعطيها أي دلالة لها معنى بالنسبة له. ويتم تحليل استجابات الشخص بعد ذلك لمعرفة طرق تفكيره، وتفسيراته حتى يمكن تشخيصه إكلينيكيا. ومن المعتقد - بحسب تصور «رورشاخ» وغيره من المستخدمين لهذا المقياس - أن كل فئة تشخيصية تتميز باستجابات محددة. فمثلا يميل المصابون بالقلق إلى مشاهدة

استجابات ينتشر فيها مصادر الخوف كالدم، والحيوانات الغريبة. أما المكتئبون، فيميلون إلى التركيز على البقع السوداء، ويتجاهلون الألوان الزاهية، كما يقل مقدار الاستجابات التي يعطونها على كل بطاقة بالمقارنة بالفئات الأخرى.

ومن الاختبارات الإسقاطية المهمة اختبار تفهم الصورة، أو تفهم الموضوع Thematic Apperception Test وهو يتكون من عدد من البطاقات، مطبوع على كل بطاقة منها صورة لأشخاص في مواقف مختلفة. وعادة ما تعرض هذه البطاقات واحدة بعد الأخرى على الشخص الذي يطلب منه، أن يحكي قصة عن كل صورة معروضة تصف الأشخاص الذين تحتوي عليهم الصورة كما يراهم الشخص نفسه، بما في ذلك أن يصف الموقف أو المواقف التي جمعت أشخاص الصورة، والمشاعر والأفكار التي تسيطر أو تراود كلا منهم، والنهاية أو الخاتمة التي سينتهون إليها. ومن المفروض أن القصص التي تقال ستعكس شخصية المفحوص نفسه، بما في ذلك دوافعه، واحتياجاته الشخصية، والصراعات ومصادر التهديد التي يعاني أو تعاني منها.

وتزعم فئة كبيرة من المختصين في دراسة هذا المقياس، أن من الممكن تمييز 75٪ من المكتئبين من خلال تحليل القصص التي يضعونها على هذا المقياس. وبالرغم من أن هذه النسبة تعتبر نسبة ضعيفة، فإن هناك ما يبين أن قصص المكتئبين تميزت بالفعل بخصائص مختلفة عن القصص التي يضعها العاديون، أو الفصاميون مثلا. فقصص المكتئبين على مقياس اختبار تفهم الموضوع، انتشرت فيها أفكار، وموضوعات تتسم بالإحساس بالذنب، والقلق، واليأس، والتناقض العاطفي (أي الحب والكراهية للنفس والآخرين).

وفي الحالات الشديدة من الاكتئاب يتزايد سرد القصص الدالة على اتهام الذات والانشغال بالموت، والتفكير الانتحاري.

مثال: في دراسة لـ «عسكر» (1988) على ست حالات من المكتئبين في البيئة المصرية، سرد مريض جامعي مصاب بالاكتئاب القصة الآتية (ص 347)، كاستجابة للبطاقة 15 (التي تمثل منظرا هندسيا، في المستوى الأمامي منه رجل نحيل، ذراعاه متدليتان إلى أسفل، ويده على اليد الأخرى):

«يبدو فتانا وهو في زيارة للمقابر، يظهر واقفا في خشوع، أمام أحد المقابر، وهو»

«يتلو بعض الآيات، ولكنني ألاحظ أنه خاشع أكثر من اللازم، بل متخشب متشنج»، «لعله خائف. من ماذا؟ من أشياء كثيرة»:

«1 ـ إنه ارتكب معاصي ليست بالقليلة (العادة السرية)، وكيف يقابل الله» . «وهو بهذه الصورة الدنيئة، وقد يبدو أمام الناس وخاصة الأقارب أنه عفوف».

«طيب ليس له في تلك الألوان ولكنه في قرارة نفسه آثم».

«2 ـ إنه كان يفكر في ارتكاب الذنوب (الفاحشة) مع أناس مقربين منه»، «الأم زوجة الأخ، أولاد الأخ...»

«3 ـ إنه للآن يجد نفسه ضعيف الإرادة تجاه أشياء لا يسمح بها الدين أو القانون».

«4 ـ يبدو وكأنه يقول لنفسه: إلى متى الهروب؟ إنك لابد لك من نهاية»،

«وينكشف، ويظهر بل ويتعرى كل شيء أمامك، فلابد من مواجهة نفسك»

«ليكن ما يكون».

ويفسر عسكر (1988، ص ص 347 ـ 348) استجابات المريض السابق على القصة أعلاه، بأنها تكشف عن شدة الشعور بالذنب الذي يدفع إلى حالة من الجمود، والسبات والذهول. ولعل ذهوله «نابع من إفراط الشعور بالذنب حيال جنسيته المنحرفة على مستوى لا شعوري، وبخاصة رغباته المحارمية تجاه الأم، وزوجة الأخ، وبنات الأخ، ومع مواجهة الأنا بآثامها المتخيلة يجد نفسه وقد أصبح وجها لوجه أمام الأنا الأعلى (الضمير)، حيث استدعاء موقف المقابر والموت لذنوبه»، (انظر عن المزيد من قصص المكتئبين في دراسة عسكر القيمة، 1988).

ومع مزايا المقاييس الإسقاطية، وقدرتها على السماح للمريض بالانطلاق، ومع ما تتميز به من خلق مناخ غير رسمي، وغير مهدد، فقد انتقدت بشدة من حيث ثباتها، وصدقها. بعبارة أخرى، انتقدت لأن الاستجابات عليها تختلف بشدة بالنسبة لنفس الشخص، كلما عاودنا تطبيقها، حتى لو كان

ذلك في فترات قصيرة. وهذا يعكس عدم ثباتها، وعدم الاتساق في إجابات الأشخاص عليها. فضلا عن هذا تبين أن قدرتها على التنبؤ بالمرض أو الشخصية قدرة ضعيفة، يعني من يسجل استجابات فصامية أو اكتئابية على المقاييس الإسقاطية فلن يتحول بالضرورة إلى الفصام أو الاكتئاب. فضلا عن هذا، فإن تفسير الاستجابات التي يعطيها المفحوص تختلف بشدة من مصحح لآخر، مما يضيف مشكلات أخرى تتعلق بموضوعية تصحيحها. وقد تبين كذلك أن تصحيح الاستجابات عليها، يختلف بشدة إذا كان الفاحص على وعي سابق بالمريض، وتشخيصه الطبي. إذ سيتجه التفسير في هذه الحالة إلى إثبات التشخيص السابق، مما يحملها مشكلات أكثر عن دورها الحقيقي في تمييز الأمراض.

لكل هذا تطورت أساليب قياس الخصائص النفسية والمرضية في الأعوام الأخيرة، بهدف التغلب على العيوب السابقة. ومن ثم وضع العلماء فئة أخرى من المقاييس التي تأخذ شكل قوائم تحليل سلوكي، وتقدير للجوانب السلوكية النوعية، والتي تتميز في نفس الوقت بدرجة عالية من الثبات والصدق والموضوعية في تطبيقها وتصحيحها. وخير نموذج لذلك في مجال الاكتئاب مقياس «بيك» لتقدير الاكتئاب، الذي سنأخذ منه نموذجا للتطورات المعاصرة في تشخيص الاكتئاب والتعرف الموضوعي على جوانبه المختلفة (انظر: Beck, 1969).

مقياس للاكتئاب

المقياس الآتي يمثل محاولة مبكرة وناجحة لقياس درجة الاكتئاب في الشخصية، ونوعية هذا الاكتئاب. قام بوضعه العالم والطبيب النفسي الأمريكي المعروف «آرون بيك Aaron Beck» الأستاذ بجامعة بنسلفانيا، والمشهور ببحوثه وكتاباته المتعددة في موضوع الاكتئاب. وهو فضلا عن هذا، من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية. وقد سمح لي - مشكورا - بترجمة هذا المقياس، ونشره باللغة العربية. ومنذ أن فعلت ذلك، قمت بالتعاون مع عدد من زملائي، وطلابي في كلية الطب بجامعة الملك فيصل، بالمملكة العربية السعودية، بتطبيق هذا المقياس على عينات متنوعة بهدف تقنينه، ووضع

معايير له تنطبق على البيئة العربية، نرجو أن ننشرها قريبا. وفيما يلي، شرح لهذا المقياس.

يتكون هذا المقياس من 21 مجموعة من الأسئلة، وكل مجموعة منها تصف أحد الأعراض الرئيسية للاكتئاب، بما فيها: الحزن، والتشاؤم، والإحساس بالفشل، والسخط وعدم الرضا... الخ. ويطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة في كل مجموعة، وأن يقرر أي عبارة منها تنطبق عليه، ويصف حالته، ومشاعره اليوم والآن، بوضع دائرة حول رقم العبارة (أو العبارات) التي تنطبق عليه:

(1) الحزن

صفر لا أشعر بالحزن

1 أشعر بالحزن والكآبة

2 (أ) الحزن والانقباض يسيطران علي طوال الوقت، وأعجز عن الفكاك منهما.

2(ب) أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة مؤلمة

3 أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل.

(2) التشاؤم من المستقبل

صفر لا أشعر بالتشاؤم أو القلق على المستقبل

1 أشعر بالتشاؤم من المستقبل

2 (أ) لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل

2(ب) لا أستطيع أبدا أن أتخلص من متاعبي

3 أشعر باليأس من المستقبل، وأن الأمور لن تتحسن.

(3) الإحساس بالفشل

صفر لا أشعر بأنني فاشل

1 أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين

2 (أ) أشعر بأنني لم أحقق شيئا له معنى أو أهمية

2(ب) عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل

3 أشعر بأنني شخص فاشل تماما (أبا أو زوجا).

(4) السخط وعدم الرضا

صفر　لست ساخطا
1　أشعر بالملل أغلب الوقت
2 (أ)　لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل
2(ب)　لم أعد أجد شيئا يحقق لي المتعة (أو الرضا)
3　إنني غير راض وأشعر بالملل من أي شيء.

(5) الإحساس بالندم أو الذنب

صفر　لا يصيبني إحساس خاص بالذنب أو الندم على شيء
1　أشعر بأنني سيئ أو تافه معظم الوقت
2 (أ)　يصيبني إحساس شديد بالذنب والندم
2(ب)　أشعر بأنني سيئ وتافه في كل الأوقات تقريبا
3　أشعر بأنني تافه وسيئ للغاية.

(6) توقع العقاب

صفر　لا أشعر بأن هناك عقابا يحل بي
1　أشعر بأن شيئا سيئا سيحدث أو سيحل بي
2　أشعر بأن عقابا يقع علي بالفعل
3(أ)　أستحق أن أعاقب
3 (ب)　أشعر برغبة في العقاب.

(7) كراهية النفس

صفر　لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي
1(أ)　يخيب أملي في نفسي
1(ب)　لا أحب نفسي
2　أشمئز من نفسي
3　أكره نفسي.

(8) إدانة الذات

صفر لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر

1 أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي

2 ألوم نفسي لما أرتكب من أخطاء

3 ألوم نفسي على كل ما يحدث.

(9) وجود أفكار انتحارية

صفر لا تنتابني أي أفكار للتخلص من نفسي

1 تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكني لا أنفذها

2 (أ) أفضل لي أن أموت

2(ب) أفضل لعائلتي أن أموت

3 (أ) لدي خطط أكيدة للانتحار

3 (ب) سأقتل نفسي في أي فرصة متاحة.

(10) البكاء

صفر لا أبكي أكثر من المعتاد

1 أبكي أكثر من المعتاد

2 أبكي هذه الأيام طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك

3 كنت قادرا على البكاء ولكنني الآن أعجز عن البكاء حتى إن أردت.

(11) الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي

صفر لست منزعجا هذه الأيام عن أي وقت مضى

1 أنزعج هذه الأيام بسهولة

2 أشعر بالإزعاج والاستثارة دائما

3 لا تثيرني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك.

(12) الانسحاب الاجتماعي

صفر لم أفقد اهتمامي بالناس

1 أنا الآن أقل اهتماما بالآخرين عن السابق

2 فقدت معظم اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين
3 فقدت تماما اهتمامي بالآخرين.

(13) التردد وعدم الحسم

صفر قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل
1 أؤجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل
2 أعاني من صعوبة واضحة عند اتخاذ القرارات
3 أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار بالمرة.

(14) تغير صورة الجسم والشكل

صفر لا أشعر بأن شكلي أسوأ من قبل
1 أشعر بالقلق من أنني أبدو أكبر سنا وأقل جاذبية
2 أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفرا (منفرة) وأقل جاذبية
3 أشعر أن شكلي قبيح (قبيحة) ومنفر (منفرة).

(15) هبوط مستوى الكفاءة والعمل

صفر أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل
1(أ) أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبدأ شيئا
1(ب) لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل
2 أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء
3 أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق.

(16) اضطرابات النوم

صفر أنام جيدا كما تعودت
1 أستيقظ مرهقا في الصباح أكثر من قبل
2 أستيقظ من 2 ـ 3 ساعات مبكرا عن ذي قبل، وأعجز عن استئناف نومي

3 أستيقظ مبكرا جدا ولا أنام بعدها حتى إن أردت.

(17) التعب والقابلية للإرهاق

صفر لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد
1 أشعر بالتعب والإرهاق أسرع من قبل
2 أشعر بالتعب حتى لو لم أفعل شيئا
3 أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء.

(18) فقدان الشهية

صفر شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل
1 شهيتي ليست جيدة كالسابق
2 شهيتي أسوأ بكثير من السابق
3 لا أشعر بالرغبة في الأكل بالمرة.

(19) تناقص الوزن

صفر وزني تقريبا ثابت
1 فقدت أكثر من 3 كجم من وزني.
2 فقدت أكثر من 6 كجم .
3 فقدت أكثر من 10 كجم.

(20) تأثر الطاقة الجنسية

صفر لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتي الجنسية
1 أصبحت أقل اهتماما بالجنس من قبل
2 قلت رغبتي الجنسية بشكل ملحوظ
3 فقدت تماما رغبتي الجنسية.

(21) الانشغال على الصحة

صفر لست مشغولا على صحتي أكثر من السابق
1 أصبحت مشغولا على صحتي بسبب الأوجاع والأمراض، أو

اضطرابات المعدة والإمساك

2 أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر

3 أصبحت مشغولا تماما بأموري الصحية.

كيف تستفيد من المقياس السابق؟

يحقق لك المقياس السابق غرضين رئيسيين، فهو يكشف لك من ناحية عن الموقع الذي تحتله فيما يتعلق بميلك إلى الاكتئاب، والكدر بالنسبة للمجتمع الخارجي. ويكشف لك من ناحية أخرى، عن طريقتك الخاصة والجوانب النوعية التي تعبر بها عن هذا الاضطراب. بعبارة أخرى، هل يظهر الاكتئاب لديك في شكل شكاوى جسمية؟ أو أحاسيس بالذنب؟ أو ميل إلى الحزن؟ أو هبوط في مستوى النشاط العام؟ والجنسي؟ أو في شكل تقاعس عن أداء واجباتك الرئيسية في الحياة أو العمل؟ وهكذا. وهو لهذا يعتبر ذا فائدة تشخيصية لها قدر كبير من الأهمية.

فضلا عن هذا، يساعدك هذا المقياس على استكشاف مدى تقدمك أو تقاعسك في معالجة المشكلات التي يتركها هذا الاضطراب لديك. ولنفرض على سبيل المثال أنك قد اكتشفت من خلال تطبيقك للمقياس أنك تعاني من بعض المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالاكتئاب لديك، بما فيها مثلا توتر علاقاتك بأفراد الأسرة، وزملاء العمل، وفقدان الرغبة في المبادرات الاجتماعية الإيجابية، ولنفرض أنك رسمت خطة تعتمد على تدريب مهاراتك الاجتماعية كما قرأتها في أحد فصول هذا الكتاب، ومن ثم أردت أن تقيم مدى نجاحك في التغلب على المشكلات التي عالجتها بهذا الأسلوب. إنه يمكنك القيام بذلك بأن تجيب على هذا المقياس عددا من المرات: الأولى منها قبل أن تبدأ هذا الأسلوب العلاجي الجديد الذي ستتبعه لاكتساب بعض المهارات الاجتماعية المفيدة لك كما تراها، ثم أن تعيد تطبيقه بعد ذلك على فترات متقطعة، وأن تقارن أداءك خلال هذه المرات لتكشف مقدار التقدم أو عدم التقدم، في مقدرتك على مغالبة الجوانب التي اكتشفت من قبل مدى ما تثيره لديك من مشكلات... وهكذا.

والآن أجب عنه وفق الطريقة المشروحة ثم احسب درجتك عليه، والتي

ستكون ببساطة عبارة عن مجموعة النقاط على المجموعات الـ 21 الكلية. ودرجتك في كل مجموعة ستكون عبارة عن الدرجة المقابلة للاستجابة على البند الذي اخترته في هذه المجموعة. إذا كنت قد أجبت بالإيجاب عن أكثر من عبارة في كل مجموعة، فعليك أن تختار في هذه الحالة أعلى درجة فقط. فمثلا في المجموعة «2 عن التشاؤم»، إذا كنت قد أجبت بالإيجاب على العبارة: 2 (أ)، أي «أشعر بأنه لا يوجد شيء أتطلع إليه في المستقبل»، وكذلك أجبت بالإيجاب على العبارة 3 أي «أشعر باليأس من المستقبل، وأن الأمور لن تتحسن»، فدرجتك في هذه الحالة هي 3 فقط في المجموعة 2.

بعد جمع الدرجة الكلية (والتي ستكون بالطبع بجمع الدرجات على المجموعات كلها)، انظر إلى قيمتها وفق معايير خاصة. وعموما فإذا كانت درجتك الكلية هي 16 فما فوق، فهذا معناه أنك تعاني بالفعل من الاكتئاب، وعليه يجب أن تتابع بجدية بعض الأساليب العلاجية بما فيها تلك التي يتضمنها هذا الكتاب، أو أن تقوم بمحاولة جادة لاستشارة أهل العلم والخبرة من الأطباء النفسيين أو الأخصائيين العاملين بحقل الصحة النفسية. وتكون درجة معاناتك من هذه المشكلة ضعيفة أو لا تذكر إذا كانت درجتك 8 فما تحت.

قد يحدث أحيانا أن تشعر بأنك مكتئب بالفعل ولكن درجتك على هذا المقياس تبدو منخفضة على غير ما تتوقع، ولهذا أكثر من تفسير. فمثلا، قد تكون في لحظة إجابتك عن هذا المقياس في أحسن حالاتك، أو في يوم جيد لك على غير المعتاد. وربما قد لا يكون المقياس نفسه مشتملا على الجوانب الداخلية أو الخارجية الخاصة التي يترجم بها الاكتئاب عن نفسه لديك. وربما كنت لا تعاني من الاكتئاب في الأيام الأخيرة، ولكنك تعرف أنك تميل للاكتئاب في العادة. وفي مثل هذه الحالات، ستجد من المفيد متابعة الخطط العلاجية من خلال هذا الكتاب أو من خلال الاستشارة المهنية.

الباب الثاني
نظريات وتفسيرات

4 ماذا قالوا عن الاكتئاب؟ وكيف فسروه؟

بسبب ما لهذا الموضوع من أهمية على مستوى البحث النفسي، وعلى مستوى العلاج، نشطت النظريات الكبرى في علم النفس لكي تقدم تفسيرها للاكتئاب، وعوامل نشأته، وتفسيره. ومن الغني عن الذكر أن ما قدمته كل نظرية منها من تفسير، يعتبر من العوامل المنشطة لكل نظرية منها لوضع الخطط العلاجية التي تستهدي بهذه التفسيرات النظرية، أو تلك. ونظرا لأهمية ما تقدمه كل نظرية منها للممارس النفسي العلاجي وللمريض ذاته، سيكون تعرضنا لهذه النظريات بمقدار ما قدمته أو ما ستقدمه في فهم الاكتئاب تشخيصا وعلاجا. ومن المعروف أن للاكتئاب ـ مثله مثل كثير من الاضطرابات النفسية الأخرى ـ ثلاثة مصادر، هي: العوامل البيولوجية، وهي تشمل كل ما يتعلق بالاستعدادات العضوية، والتي من أهمها بالنسبة لموضوعنا الحالي:

- الوراثة.
- الجوانب المتعلقة ببناء الجهاز العصبي ووظائفه (والذي يمثل المخ أحد أعمدته الرئيسية).

- فضلا عن الجانب المتعلق بالتغيرات الكيميائية الحيوية، وما يرتبط بها من عناصر التحكم في وظائف المخ والبدن، أي العقاقير، والتوازن (أو عدم التوازن) الهرموني.

أما المصدر الآخر فهو يتعلق بالتعلم الاجتماعي، وما يؤدي إليه من اكتساب أنماط شخصية خاصة. فبفضل التعلم وأنماط الشخصية تكتسب الاستعدادات العضوية مذاقها المرضي أو الصحي. ومن المعروف أنه تحت نفس الشروط العضوية الواحدة، قد تتوافر عوامل نفسية قاهرة خاصة بالأفراد المتكافئين في الشروط البيولوجية (كالعوامل الوراثية)، فتحول بعضهم إلى الاضطراب والمرض. ونحتاج هنا إلى الإلمام بتلك الشروط الاجتماعية والنفسية الخاصة، والتي من شأنها أن تساهم في اكتساب الاكتئاب عند البعض، أو تلك التي تساهم في اكتساب الصحة أو أي اضطراب آخر غير الاكتئاب. ولهذا نجد تيارا رئيسيا من البحوث يوجه انتباهه إلى دور هذه العوامل، وما تشتمل عليه من عوامل فرعية أخرى كأساليب التنشئة المبكرة، والطرق الوالدية في التعامل مع الأطفال، والأوضاع الأسرية.

أما المجموعة الثالثة من العوامل فتتعلق بالضغوط أو الأزمات البيئية. أي العوامل الاجتماعية التي يترتب عليها إحساس بالمعاناة، أو اكتساب اليأس. فالأزمات البيئية كالكوارث، والأمراض المستعصية، والطلاق والهجرة، والانفصال عن الأحبة (بالموت مثلا)، تعتبر ذات أهمية بالغة في زيادة الاكتئاب.

وبالرغم من أن كل مصدر من المصادر الثلاثة السابقة كفيل وحده بإحداث الاضطراب والتوتر والمرض، فإن الاكتئاب يحدث عادة بسبب التقاء هذه العناصر مجتمعة، أو اثنين منها على الأقل. وفي حدود معرفتنا الحالية، نجد القول بأن العوامل البيو ـ كيميائية والوراثية هي المسؤولة عن الاكتئاب دون غيرها، أو أن العامل الشخصي والأزمات هي المسؤولة ـ نجده حديثا جدليا، أشبه بالحديث عن أيهما مسؤول عن وجود الآخر أهي البيضة أم الدجاجة !

الأقرب إلى الصواب هو ما قاله «سيلفانو أرييتي» الذي قام بأدق الأبحاث عن موضوع شديد الصلة بموضوعنا الحالي، وهو «الفصام». يقول «أرييتي»:

يبدو أنه من الثابت أن التهيئة الوراثية لازمة لحدوث الفصام. لكن العامل الوراثي وحده لا يسبب الفصام. وفضلا عن ذلك، لم يتم اكتشاف أي قانون وراثي للفصام. ولم يتم تخصيص أي مورث «جين» معين ذي علاقة بالفصام، سواء على المستوى الكيميائي الحيوي أو الفيزيائي الحيوي. هناك تغيرات كيميائية تحدث في الفصام، لكن منشأ تلك التغيرات ودلالتها يحتاجان إلى إيضاح، بل نحن لا نعرف ما إذا كانت تلك التغيرات سببا أم عاملا مهيئا، أم نتيجة لذلك المرض. وتشريحيا لم يثبت وجود أي اختلاف في الجهاز العصبي المركزي بين الفصاميين وسواهم (أرييتي، 1991، ص 97).

هذا ما يقوله «أرييتي» عن الفصام، ذلك الاضطراب الذي يتفق الكثير من المتخصصين . وفيما تثبت البحوث (انظر إبراهيم، 1994، ص 41 وما بعدها) . على أنه تقوم فيه العوامل البيولوجية العضوية بدور أكبر من الاكتئاب بكثير. ولهذا فلن يكون من التعسف في شيء إذا ما سحبنا ما قاله «أرييتي» عن الفصام بحذافيره على ميدان الاكتئاب، مما يمكننا من استنتاج أن القبول بالعوامل العضوية المسببة للاكتئاب، وما أدت إليه من تطورات في الأساليب العلاجية كالعقاقير أو الجلسات الكهربائية، يجب ألا يمثل في أحسن الأحوال إلا جانبا محدودا من الجوانب الأخرى، بما فيها التعلم الاجتماعي وظروف الشخصية، وما تساهم به تلك الجوانب من ابتكارات وقائية، وعلاجية، كما سنرى فيما بعد.

أما الآن فقد آن أوان الحديث عن دور النظريات الكبرى في علم النفس في فهم الاكتئاب: تشخيصا وعلاجا. ومن ثم سيكون تركيزنا في الصفحات التالية على مدرسة التحليل النفسي، والمدرسة البيولوجية، ونظريات التعلم، وأحداث الحياة والضغوط.

5 التفسير التحليلي ـ الفرويدي للاكتئاب وماذا بقي منه؟

يعتبر سيجمند فروي S.Freud هو المؤسس الفعلي والأب الشرعي لما يسمى بمدرسة التحليل النفسي psychoanalysis. ونظرية التحليل النفسي تعتبر من وجهة نظر الكثيرين من أشهر النظريات في التاريخ البشري العلمي. ولد «فرويد» في السادس من شهر مايو 1856 في مدينة صغيرة اسمها «فرايبورج»، في تشيكوسلوفاكيا لأب كان يعمل بالتجارة. ويعتقد المحللون النفسيون أن طفولة فرويد قد هيأته لأن يكون من أقوى الدعاة للفكرة الرئيسية التي اشتملت عليها نظريته، وهي أن ما يمر به الإنسان من خبرات مبكرة في الأعوام الأولى من العمر، تعتبر من أهم العوامل تأثيرا في نمو الشخصية فيما بعد. فقد كان أبوه متحرر التفكير، وتزوج من فتاة تصغره كثيرا في العمر لينجب منها «سيجمند فرويد»، وقد ارتبط «فرويد» ارتباطا وثيقا بأمه. ويقول لنا فيما بعد إنه كان مطيعا وجادا ومجتهدا في حبه لأمه ولدراسته. وهاجر

«فرويد» في الرابعة من عمره مع أسرته إلى النمسا، حيث بقي فيها إلى أن بلغ الثالثة والثمانين من العمر. ويذكر في كتابه «حياتي والتحليل النفسي»، أنه أحب «فيينا»، وعاش فيها خلاصة عمره وتجاربه، إلا أنه اضطر وهو شيخ عجوز إلى هجرة أخرى من فيينا إلى «إنجلترا» بسبب الاضطهاد السياسي له ولأنصار نظرية التحليل النفسي، حيث قام النازيون بحرق كتبه، واضطهاده. وفي إنجلترا عاش البقية القصيرة من عمره، حيث توفي في 23 من سبتمبر 1939.

ولفرويد الفضل في اكتشاف أن الإنسان يولد مزودا بطاقة جنسية يسميها الليبيدو Libido، هي التي تحرك الشخصية وتدفعها في اتجاهات مختلفة نحو الصحة أو المرض. وهي تحتوي على ثلاثة أجزاء أو أجهزة يعطيها أسماء لاتينية، هي «الهي» و «الأنا» و «الأنا الأعلى». ونظرا لما تمثله هذه الأسماء أو المفاهيم من أهمية في فهم الاكتئاب وغالبية الاضطرابات النفسية، فإننا نذكر فيما يلي شرحا لكل منها:

1 ـ الجانب الغريزي، ويمثل في نظره كل ما يتعلق بالنزعات الهمجية الحيوانية واللامنطقية والغريزية في الشخصية الإنسانية، ويسميه باللاتينية «الهي» Id.

2 ـ ويقابل الجانب الغريزي ما يسمى الأنا Ego وهو يمثل الجزء العقلاني والواعي، الذي يوجه الإنسان للتصرف السليم الذي يتلاءم مع متطلبات الواقع ومقتضيات العالم الخارجي.

3 ـ وهناك أيضا الأنا الأعلى Super Ego أو الضمير أو الرقيب الداخلي، الذي يوجه أفعالنا وفقا للمعايير الخلقية والاجتماعية. ويتكون الأنا الأعلى في المراحل الأولى من العمر بفضل الضغوط الاجتماعية والوالدية على الطفل، وعوامل التنشئة الأولى لكي يتخلى عن نزعاته الأنانية، ومشاعره الحيوانية.

ويبين «فرويد» أن العلاقة بين هذه الأجهزة الثلاثة علاقة صراع وتشاحن في الغالب، وأن تطور الشخصية وجزءا كبيرا من أمراضها فيما بعد، يحدث بسبب هذا الصراع بين هذه الأجهزة الثلاثة السابقة خاصة في المراحل المبكرة من العمر: أي صراع الطفل بين إشباع حاجاته الغريزية الجنسية والعدوانية (التي تمثلها الهي Id)، ومتطلبات الواقع (التي يمثلها

الأنا)، والرقابة الداخلية الأخلاقية والضمير (أي متطلبات الأنا الأعلى). ومن المعلوم، أن من العناصر الأساسية في حالات الاكتئاب، الإفراط في لوم الذات والإحساس بالذنب، والتأنيب الذاتي، وهذا الجانب من الاكتئاب يمكن فهمه فيما يبدو في ضوء الصراعات بين أجهزة الشخصية الثلاثة، والتي ينفرد فيها بالنصر وجود أنا أعلى متطرف، وشديد الصرامة.

أما لماذا يتميز بعض الأشخاص (والذين يستهدفون للاكتئاب فيما بعد)، بالتشدد في بناء الأنا الأعلى، فهذا أيضا ما حاولت النظرية التحليلية أن تقدم له التفسير، في ضوء مفهومين استحدثتهما النظرية التحليلية منذ أيام «فرويد»، وهما اللاشعور unconscious، والخبرات الطفولية المبكرة early childhood experiences. فقد تبنت النظرية الفرويدية وجهة نظر مؤداها أن الأمراض النفسية التي تطرأ على الشخص فيما بعد، بما فيها القلق والاكتئاب، هي في واقع الأمر نتاج للصراعات المبكرة. ولهذا طور «فرويد»، مفهوما جديدا (وإن لم يعد جديدا الآن) سماه اللاشعور unconscious، لكي يبين أن أمراضنا النفسية بعد تجاوز مراحل الطفولة ما هي إلا تكرار لاشعوري رمزي، لكل ما يحدث خلال السنوات الست الأولى من العمر. ولهذا يرى المحلل النفسي أن التفسيرات التي يضعها المريض لما يصيبه من قلق أو اكتئاب أو أي اضطراب نفسي، ما هي إلا جزء بسيط من الأسباب الحقيقية. أما الجزء الأكبر المسؤول عن هذه الاضطرابات فهو مدفون في اللاشعور. ومن ثم يكون الهدف الرئيسي من العلاج بالتحليل النفسي هو إزاحة الستار عن هذه الدوافع اللاشعورية المكبوتة.

بعبارة أخرى، فإن إحدى الأفكار الرئيسة والمحورية التي يتفق عليها علماء التحليل النفسي بالرغم من الاختلافات بينهم، هي أن السلوك الظاهري بما فيه الأعراض المرضية محكوم بشكل حتمي باللاشعور ومدفوع بما يسمى بالدوافع الداخلية الدفينة. ولأن هذه الدوافع لاشعورية، وأصبحت لاشعورية لأنها كبتت منذ الصغر، فإنه لا يمكن الاطلاع عليها إلا من خلال أحلام الفرد، وتخيلاته والأخطاء التي قد يرتكبها عن غير عمد (الهفوات اللامقصودة). كذلك يمكن الكشف عنها من خلال المقاييس والاختبارات الإسقاطية التي أشرنا إلى بعضها في الفصل السابق. كما يمكن الكشف عنها من خلال جلسات التحليل النفسي، التي تعمد وتهدف إلى إطلاع

المريض على الأسباب الدفينة والعميقة المسؤولة عن مرضه الحالي.

ولهذا يولي علماء التحليل النفسي اهتماما خاصا للخبرات الطفولية المبكرة، وخاصة علاقة الطفل بأبويه. فقد زعم «فرويد» - ولم يعجز في ذلك عن تقديم بعض الأدلة الإكلينيكية المعتمدة على دراسة بعض الحالات الفردية - أن حياة الطفل ليست بريئة كلها، وليست نعيما وبراءة وطهرا كما يحلو للبعض أن يتصورها. ولكنها تتميز بالصراعات القوية، بسبب دوافعه الغريزية. ومن هنا ابتكر «فرويد» مفهوم الجنسية الطفلية infantile sexuality، والذي يعني في تصوره أن الطاقة الجنسية Libido تنتقل وتتطور في مراحل متميزة من اللذة. وخلال هذا التطور، وفي آخر مرحلة يأتي ما يسمى بـ «عقدة أوديب»، ذلك المفهوم الذي صاغه فرويد ليعبر به عن أن علاقة الطفل الذكر بأبيه تقوم في الحقيقة على التنافس والغيرة، وذلك بسبب حب الطفل لأمه التي يشاركه إياها الأب. ومن خلال هذا الصراع نخطو نحو عالم الرشد، وتكون كل اتجاهاتنا نحو الجنس الآخر، والسلطة، والمجتمع قد تكونت. لكن إذا فشل الطفل في حل صراعه مع والديه، فإنه ينمو، وقد تملكته مشاعر التهديد، والمخاوف اللاشعورية، التي تظهر فيما بعد في الأعراض المرضية.

أما عن الاكتئاب، فإننا نجد أن النظريات المبكرة من التحليل النفسي، تنظر له بصفته نتاجا للتفاعل (أو قل التصارع) بين الدوافع (أو الرغبات) والجوانب الوجدانية، بما فيها مشاعر الذنب، والخسارة في العام الأول من العمر. وقد عبر «أبراهام» Abraham (وهو أحد علماء التحليل النفسي المرموقين والمبكرين، ممن اهتموا بتطبيقات هذه النظرية في مجال فهم الأمراض العقلية والذهان)، عبر عن هذه النظرة التحليلية للاكتئاب، وفق نظرته، التي تتبلور حول العلاقة بموضوعات حبنا، هذه العلاقة التي يفرد لها المحللون النفسيون قسطا وافرا من الاهتمام تحت فئة ما يسمى بدراسة العلاقة بالموضوع. فعندما لا يجد الشخص تلبية للإرضاء المبكر لرغباته الجنسية، وإشباع حاجته للحب، فإنه يشعر بالغضب والكراهية، والعداء نحو موضوع الحب. ولكن هذا الغضب والكراهية يتحولان بفعل مشاعر الذنب، إلى الداخل أي نحو الذات، وهذا هو الاكتئاب. لهذا تجد أن الاكتئاب لدى النظرية التحليلية، ما هو إلا حنق، وغضب بسبب الإحباط، وخيبة

الأمل في إشباع الحاجة للحب، ولكنه غضب يتحول بسبب آليات الدفاع اللاشعورية التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود أي تهديد لها، وكأن لسان حال الشخص يقول لموضوع الحب: «إنك لا تشبع حاجتي لك، أو لحبي فيك»، والنتيجة الشعورية هي «ما دمت لا تحبني، فأنا أكرهك»، ولكنني لا أستطيع أن أصرح أو حتى أعترف بكراهيتي لك (بفعل الإحساس بالذنب، والصرامة في بناء الأنا الأعلى)، وإذن «فإنني أنا الجدير بالكراهية، وأستحق الكراهية والعقاب بسبب عيوبي، وأوجه قصوري». (وهذا هو الاكتئاب). ومن ثم نجد فرويد (1917) في بحثه الموسوم «الحداد والملانكوليا» Mourning and melancholy، يكشف عن كثير من أوجه الشبه بين الحزن العادي عند فقدان موضوع الحب والاكتئاب المرضي. فالاكتئاب عادة ما يحدث ويشتد إثر وفاة موضوعات حبنا أو عند فقدانها بالهجر والخسارة. وهذه النوبات من الاكتئاب التي تنفجر، وتشتد بعد وفاة أو فقدان موضوعات حبنا، هي من وجهة نظر التحليل النفسي نتيجة أساسية للإحساس بالشعور بالذنب الشديد، وكأن كراهيتنا اللاشعورية هي التي تسببت في الوفاة والفقدان، مما يضاعف بدوره مشاعر الاكتئاب والغضب الداخلي، واتهام الذات.

وبالرغم من أن علماء التحليل النفسي يتفقون بشكل عام، في نظرتهم للاكتئاب، بصفته حنقا وغضبا موجها للذات، فإنهم يختلفون، في تحديد نوع الدوافع المحبطة والمثيرة للغضب والحنق، حيث يراها «أبراهام» - متأثرا بالنظرية الفرويدية المبكرة - مرتبطة بالحاجة للإرضاء (أو بالأحرى الفشل في الإرضاء) الجنسي والحصول على الحب. ويرى «رادو» (Rado,1928,) الذي يعتبر أيضا من العلماء التحليليين الذين اهتموا بدراسة الاكتئاب - أن الاكتئاب ما هو إلا «صرخة بحث عن الحب»، متأثرا فيما هو واضح بنفس الاتجاه الفرويدي المبكر. ويصف «فينيكيل» (Fenichel,1945) المكتئب بأنه «إنسان مدمن للحب». ولكن «بيبرينج» (Bibring,1953) أحد أعضاء المدرسة الفرويدية - المحدثة - ينظر للموضوع نظرة أشمل، وأكثر عصرية فيرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات، أو الطموحات aspirations. ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير ما هي إلا واحدة من ثلاثة احتياجات رئيسية، أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة

للقوة والامان، والحاجة لمنح الحب (فضلا عن الحصول على الحب). ويحدث الاكتئاب نتيجة للفشل في إرضاء - أو نتيجة لإحباط - أي حاجة من الحاجات الثلاث السابقة، والصراع الذي يحدث في الذات، والمرتبط بفشل إشباع أي منها.

ماذا بقي من التفسير التحليلي للاكتئاب؟

أخذ النقاد على النظرية التحليلية بشكل عام، وعلى التفسيرات الفرويدية بشكل خاص، أن كثيرا من المفاهيم التي ابتكرتها تلك النظرية لوصف وتفسير الأمراض النفسية كانت عامة وفضفاضة، وبالتالي اختصرت أكثر مما يجب من العوامل المتنوعة للسلوك المرضي في متغيرات محدودة كاللاشعور، والغرائز. يقول «مندلسون»: إنها]أي النظريات التحليلية[اتجهت إلى دمج السلوك النفسي بأجمعه في معادلة عامة وفضفاضة، ومن ثم بسطت بشكل مخل المشكلات النفسية المركبة (Mendelson,1960). كما يرى «بيك» أن المعادلة التحليلية في تفسير السلوك الإنساني المرضي، استندت إلى عدد محدود من المفاهيم الفقيرة، التي وضعت دون الاعتماد على براهين علمية كافية. واعتماد النظرية التحليلية في تفسيرها للاكتئاب - وربما لكل الأمراض النفسية والعقلية - على الخبرات الطفولية المبكرة، يعتبر ثغرة خطيرة، ومضللة، لأنها لم تكشف لنا تأثير العوامل اللاحقة، وضغوط الحياة التالية (Beck,1974) ومع ذلك، فقد بقيت للنظرية التحليلية فكرة رئيسية كان لها بعض الأثر في إغناء البحث العلمي، ومن ثم إلقاء الضوء على بعض ميكانزمات وعوامل الاكتئاب، ألا وهي أثر الحرمان المبكر من الوالدين، وموضوعات حبنا المبكرة على نمو الاكتئاب وتطوره. فقد وجهت النظرية التحليلية للاكتئاب النظر لدور الحرمان المبكر من الأبوين، وآثاره العميقة في إثارة مشاعر الاكتئاب المبكر، وقد لقيت هذه النقطة بشكل خاص اهتماما من الباحثين. يذكر «مونوز» بعد أن يستعرض عددا من البحوث في هذا الموضوع أن الفقدان المبكر للأبوين يعتبر من المخاطر الرئيسية، ومن العلامات المنذرة للاكتئاب، ومن ثم يجب حساب هذا العامل في أي محاولة للوقاية المبكرة من نشوب هذا العرض (Munoz,1987). ويبين «براون» من خلال دراسته للخبرات المبكرة لمجموعة من المرضى المكتئبين

نتيجة مماثلة، أي أنهم تعرضوا بدرجة عالية (41٪) للحرمان المبكر من الوالدين، ولكن كان لتأثير الحرمان من الأب دور أكبر في ذلك (Brown,1961). ويستعرض «بيك» كذلك عددا من البحوث في هذا الموضوع (Beck,1974)، ليقرر أن الحرمان المبكر من الأبوين ينتشر بالفعل بين المرضى بالاكتئاب الاستجابي، ولكن ليست له علاقة تذكر بالاكتئاب الذهاني (الاكتئاب الدال على وجود مرض عقلي).

وهناك أيضا بعض النتائج عن دور الدعم الاجتماعي والمؤازرة الوجدانية social support، والتي تعطي دليلا غير مباشر على أهمية الرعاية الدافئة المبكرة في الوقاية من الاكتئاب. صحيح أن هذه الدراسات لم تكشف عن وجود علاقة مباشرة سببية بين حدوث الاكتئاب والحرمان من الدعم الاجتماعي، أي أن غياب الدعم الاجتماعي لا يرتبط بالضرورة بظهور الاكتئاب أو التنبؤ بحدوثه. ولكن من الشائق أنه تبين أن الحرمان من الدعم الاجتماعي، كما يتمثل في فقدان العلاقات الوثيقة كالزواج والأصدقاء، والرعاية الاجتماعية والشخصية التي تقدم عن طريق المعالجين والإخصائيين، في الظروف التي يتعرض فيها الفرد لضغوط اجتماعية حادة كوفاة المقربين، أو فقدان العمل يعتبر مؤشرا خطيرا من المؤشرات المنذرة بتطور الاكتئاب.

وهكذا، فإن النظرية التحليلية، بالرغم من جوانب القصور التي اشتملت عليها، استطاعت أن توجه الأنظار إلى دور التفاعل والعلاقات الاجتماعية المبكرة، مما أدى إلى بعض الثمار الأكيدة، في فهم بعض الظواهر المرتبطة بالاكتئاب، والوقاية المبكرة منه.

6 التفسير البيولوجي للاكتئاب ما له وما عليه

بالرغم من أن هذا الكتاب قد أفرد للأسلوب السلوكي - النفسي في علاج الاكتئاب، فإننا لا نجد مناصا من عرض بعض الجوانب العضوية المرتبطة بالعلاج، خاصة ما يسمى بالعلاج الكيميائي. فقد أصبحت العقاقير المضادة للاكتئاب في الوقت الراهن متعددة ومنتشرة، لدرجة أن غالبية الدول العربية تبيح تسويقها في الصيدليات العامة دون وصفات طبية. ومن ثم فإن عرض بعض الحقائق فيما يتعلق بفوائد هذه العقاقير، أو مضارها سيفيد دون شك في تثقيف القارئ - المستهلك لمثل هذا النوع من العقاقير.

والواقع أننا نشهد في الفترة الحالية مرحلة من التطور الطبي في علاج الاكتئاب، وذلك بفضل توافر عدد لا بأس به من الأدوية الطبية لعلاجه، والمسماة بمضادات الاكتئاب. والحقيقة أن التطور المذهل في العقاقير الطبية في علاج المزاج الاكتئابي، يقوم على تفسير الاكتئاب تفسيرا عضويا. وهي حقيقة أثارت انتباه الحكماء والأطباء منذ القدم. ولهذا نجد ابن سينا ينصح بالنوم الجيد

والغذاء الطيب، ومقاومة الهموم كطريقة من طرق معالجة الغم والملنخوليا (المزاج الاكتئابي)، التي رآها كما كان يراها الحكيم «هيبوقراط Hippocrates (460 ـ 355 ق.م) من قبله بمئات السنين، نتاجا للسوداوية التي تمثل أحد الأخلاط الأربعة التي افترض ارتباطها السببي بالفروق المزاجية. ومن ثم كانت السوداء تسبب الكآبة.

بالطبع هذه النظرية لا يأخذ بها أحد الآن، ولكنها كانت بمنزلة إرهاص مبكر يوحي بأن هناك جوانب عضوية، لابد أن تكون مسؤولة بدرجة ما عن نشأة الاكتئاب، هذا الافتراض شيء طبيعي لأن كثيرا من حالات الاكتئاب يستدل عليها من خلال وجود مؤشرات بدنية. فهناك عدد كبير من الأعراض الاكتئابية تظهر ـ فيما أوضحنا من قبل ـ في شكل أعراض بدنية، وهي بذلك تؤيد الفكرة العضوية القائلة أن هناك عوامل وتغيرات عضوية قد تكون مسؤولة بشكل ما عن تطور الاكتئاب، ولو على الأقل عن بعض جوانب وأشكال محددة منه. وتشمل هذه المؤشرات العضوية: الاستثارة العصبية كالإفراط الحركي (أحيانا)، والبطء في الكلام أو السير، والخمول الشديد، واضطرابات النوم (إما بالإفراط، أو بالأرق، أو بصعوبات النوم...)، واضطراب الشهية للأكل (بما فيها إما الإفراط، أو انسداد الشهية...) فضلا عن بعض الاضطرابات والأعراض العضوية الأخرى كالإمساك، وفقدان الرغبة الجنسية.

العامل الوراثي:

وهناك ملاحظة أخرى تتعلق بدراسة الاكتئاب ترجح بدورها إمكانية وجود تفسير عضوي، وتستند على ما كشفت عنه البحوث من وجود تماثل في شيوع هذا الاضطراب في أسر دون الأخرى، وشيوعه بين التوائم حتى لو نشأوا في ظروف اجتماعية مختلفة، مما يرجح وجود تفسير وراثي. على سبيل المثال، يلخص لنا «كتاب أكسفورد في الطب النفسي» (Gelder, Gath, & Mayou, 1984, pp210-212) ، عددا من الدراسات التي تشير في مجملها إلى أن نسبة التشابه في الإصابة بذهان الهوس والاكتئاب، بين التوائم المتطابقين الذين رُبوا منفصلين بالتبني وصلت إلى 67٪، وبلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوائم المتطابقين الذين نشأوا معا

68٪، أما بين التوائم الأخويين غير المتطابقين فقد وصلت 23٪. وهي نسبة تتماثل مع دراسات أخرى أجريت في بريطانيا، وشمال أوروبا، وأمريكا الشمالية. هذا بالنسبة إلى اضطراب الهوس - والاكتئاب أو ما يسمى بالاضطراب الدوري، لكن الأمر فيما يتعلق باضطراب الاكتئاب أو نوبة الاكتئاب المنفردة كان مختلفا، فقد كان تأثير العامل الوراثي فيها غير واضح بصورة قاطعة. بعبارة أخرى، تعذر وجود نمط وراثي واضح بالنسبة للاكتئاب الخالص بما فيه الاكتئاب العصابي، أو الاكتئاب الاستجابي، بما يشير إلى صعوبة وجود تفسير وراثي بسيط لكل أنواع الاكتئاب.

فضلا عن هذا، فحتى دور العوامل الوراثية في الاضطراب الدوري ليس قويا لدرجة أن نتجاهل دور العوامل الأخرى. فنسبة التماثل التي تقع بين التوائم المتطابقين ممن تربوا معا أو منفصلين لا تصل إلى 100٪، كما أن نسبة التشابه في الإصابة بالاكتئاب (ذهاني أو استجابي) بين التوائم المتطابقين (أي ذوي الرصيد الوراثي الواحد)، ليست ذات دلالة، بمعنى أنه إذا أصيب بالاكتئاب أحد التوائم المتطابقين الذين نشأوا متباعدين، فإن الآخر لا يصاب به بالضرورة في الحاضر أو في المستقبل. وينطبق هذا على الاضطرابات النفسية الأخرى التي لا يزال هناك اعتقاد قوي، بأن العوامل الوراثية تلعب فيها دورا أكبر حتى من الاكتئاب، وذلك كالفصام (آرييتي، 1991، ص 93). معنى هذا أن الاختلافات بين التوائم المتطابقين، لابد أن تشير إلى وجود عوامل أخرى ليست وراثية.. ومن ثم، فإن من الضروري أن نفترض وجود عوامل أخرى هي التي تحول الاستعداد الوراثي إلى حقيقة وواقع. بعبارة أخرى، أيا كان تأثير المورثات الجينية، فلابد لها أن تلتقي وتصطبغ بعوامل نفسية اجتماعية أخرى توجهها إلى المرض أو الصحة. لكن العلماء المتحمسين للتفسير البيولوجي للأمراض النفسية كالاكتئاب، اتجهوا إلى البحث عن عوامل أخرى عضوية (غير المورثات الجينية)، ربما تكون مسؤولة عن تطور الاستجابة الاكتئابية، وظهورها.

التوازن الكيميائي الحيوي:

ولهذا اتجه الكثير من علماء الطب النفسي، وعلماء العقاقير النفسية في العقود الأخيرة بجدية واجتهاد في البحث عن دور ما يسمى بالعوامل

الكيميائية الحيوية. بدأت هذه البحوث مبكرا بالمقارنة بين المكتئبين، وغير المكتئبين فيما يتعلق بإمكانية وجود فروق ترجع إلى اختلال العناصر الكيميائية في الجسم. وقد اكتسب التفسير الكيميائي للاكتئاب أهميته الخاصة، عندما بينت سلسلة من الدراسات المبكرة أن بعض جوانب الاكتئاب قد تكون نتيجة للاختلال في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين. وقد تبين أن من شأن هذا الاختلال أن يؤثر مباشرة في إمكانيات الإحساس بالراحة، مما يؤثر بدوره في إثارة الأعصاب. وتأكد ذلك، عندما تبين أن مستوى تكثيف الصوديوم في داخل الخلايا العصبية يزداد ويرتفع لدى المصابين. فضلا عن هذا تبين أن مستوى الصوديوم ينخفض ليصبح عاديا عند المكتئبين، بعد إخضاعهم للعلاج بنجاح من حالات الاكتئاب (Davison & Neale, 1974, pp191-193). هذه النتائج وغيرها، أدت إلى تكثيف الجهود من جديد للبحث عن تفسيرات عضوية تتعلق بكيمياء المخ، خاصة فيما يسمى بالتفسير «الأميني».

يتعلق التفسير الكيميائي - الأميني للاكتئاب، باختصار شديد بالبحوث التي بينت أنه قد ينتج عن وجود نقص في العناصر الكيميائية في المخ، وبخاصة توزيع العناصر «الأمينية» amines . و «الأمينات» - ببساطة - هي عبارة عن عناصر كيميائية، يتكاثف وجودها في الجهاز العصبي الطرفي limbic system، الذي يثبت علماء وظائف الأعضاء أنه مسؤول عن تنظيم الانفعالات. ووظيفة «الأمينات» هي أقرب إلى وظيفة ساعي البريد، أي أنها عبارة عن «موصلات عصبية» neurotransmitters وظيفتها توصيل الرسائل القادمة والعائدة من الأعصاب المختلفة. وتشمل أنواعا منها «الدوبامين» dopamine و «السيروتينين» serotonin و «النوريبينيفرين» norepinephriney . ومن المعتقد أن المحافظة على التوازن المزاجي تحتاج إلى توازن في العناصر الأمينية. والاكتئاب هو إحدى الاستجابات المرجحة إذا شح وجود هذه العناصر أو أحدها، والهوس هو الاستجابة المرجحة إذا زاد وجود هذه العناصر وتكثيفها (Gelder, Gath, & Mayou, 1984, p.210). ومن ثم، يمكن أن نعتبر المخ بشكل ما أقرب ما يكون لجهاز كهربائي، أعصابه هي بمنزلة أسلاك كهربائية تتصل ببعضها البعض، وتتبادل الرسائل فيما بينها من خلال عناصر تسمى الموصلات الكيميائية. ويختل الاتصال بين الأعصاب

إذا استنفدت هذه الموصلات الكيميائية لأي سبب من الأسباب. والنتيجة هي الانهباط النفسي والركود الانفعالي الذي نسميه الاكتئاب. ويشبه أحد الأطباء النفسيين الاكتئاب في هذه الأحوال بالصوت المشوش الذي ينبعث من جهاز الراديو، عندما لا يكون المؤشر في الموقع المضبوط على محطة الإرسال (Burns, 1992, p.43)، وتحدث موجة من النشاط غير الهادف والهوس، عندما يوجد فيض عال من هذه العناصر الكيميائية وعندما يزداد مستوى الموصلات الكيميائية بين الأعصاب، التي تغمر الأعصاب فتنشط بطريقة مفرطة، تكون نتيجتها ما نلاحظه على سلوك الفرد من الانفعالية الزائدة، والإفراط الحركي أي نوبات الهوس.

وهناك ما يشير إلى بعض الصحة في نظريات التفسير «الأميني» للاكتئاب، فمن ناحية تبين أن بعض العقاقير التي تستخدم في علاج ارتفاع ضغط الدم (وليس كلها بالطبع)، تؤدي إلى زيادة في نوبات الاكتئاب لدى الأفراد المستهدفين للإصابة باضطراب المزاج. ومن المعروف عن هذا النوع من العقاقير أنها تستنزف الموصلات الكيميائية الأمينية من المخ. ومن ثم يؤدي انخفاض مستويات «الأمينات» في المخ إلى تفجر النوبة الاكتئابية.

وتبين من جهة أخرى، أن العقاقير التي تعمل على زيادة نسبة الأمينات في المخ، تؤدي إلى تزايد في مستوى النشاط واليقظة في الحيوانات المعملية. والعكس صحيح، بمعنى أن العقاقير التي تؤثر على نحو مباشر في تخفيض مستوى «الأمينات» في المخ أو تلك التي تقلل من مستويات نشاط المخ، تؤدي إلى الخدر sedation واللامبالاة. وبالرغم من أن تزايد أو هبوط مستوى النشاط في الحيوانات المعملية، لا يشكل نموذجا ملائما تماما لوجود تفسير فسيولوجي للاكتئاب أو الابتهاج الإنساني، فإن هناك دلائل تشير إلى ارتباط الاكتئاب أو الاضطراب الوجداني الإنساني عموما، بتغير في مستوى النشاط واليقظة. ولهذا نجد أن نتائج مثل هذه التجارب المعملية تتسق مع التفسير الأميني للاكتئاب.

ومن جهة ثالثة، تبين أن غالبية العقاقير التي تستخدم في علاج الاكتئاب تعمل على زيادة نسبة الموصلات الأمينية في المخ. ففي تجربة أجريت في الولايات المتحدة، أعطيت مجموعة من المرضى المكتئبين عقارا يعمل على زيادة نسبة تركيز الموصلات الأمينية في المخ. وبعد عدة أسابيع، تحسنت

درجة الاكتئاب بشكل واضح. ولكن المرضى انتكسوا وعاد إليهم الاكتئاب من جديد في خلال يومين فقط، من تعاطي عقار آخر يعمل على تقليل نسبة الأمينات. ولمرة أخرى، تحقق الشفاء من الاكتئاب، عندما أوقف العقار الآخر، مما سمح للأمينات بأن تعود لنسبة تركيزها العالية من جديد (Burns, 1992, pp.428-430). ومثل هذه الدراسة قد توحي بأن الموصلات الأمينية في المخ، قد تقوم بدور سببي في التحكم ـ ولو على الأقل ـ في بعض أشكال الاكتئاب بدليل التأرجح في المزاج ارتفاعا أو انخفاضا، بحسب زيادة الأمينات أو هبوط مستوى تركيزها في المخ. كذلك تكشف تحليلات الدم والبول، والنخاع عن وجود نقص في تركيز الأمينات لدى بعض المكتئبين (ولكن ليس جميعهم)، مما يتسق مع فرضية التفسير الأميني للاكتئاب ولو جزئيا.

عقاقير الاكتئاب:

ويعتبر التطور الكيميائي في علاج الاكتئاب، بما اشتمل عليه من العقاقير المضادة للاكتئاب antidepressants هو نتاجا شرعيا للتفسير «الأميني». فعقاقير الاكتئاب فيما هو معروف تعمل على ضبط الاكتئاب بسبب تأثيرها في تركيز الأمينات وتصحيحها. ومن المعروف أن هناك ثلاث مجموعات من العقاقير المضادة للاكتئاب، من أهمها ما يسمى بالترايسيكليك «tricyclicس. والوظيفة الأساسية للعقاقير التي تنتمي لهذه المجموعة تتمثل في تعزيز قوة موصلات المخ المزاجية في مواضع الاتصال بين الأعصاب. فوظيفتها تعزيزية، وليس العمل على تزايد في مستوى هذه الموصلات. أما المجموعة الثانية من العقاقير المضادة للاكتئاب، فهي تعمل على زيادة نسبة تركيز الأمينات في المنطقة المرتبطة بالانفعالات في المخ. ومن المفترض أن زيادة تركيز الموصلات الكيميائية في المخ، يعمل على تعويض النقص فيها، ومن ثم تغير الحالة الانفعالية الاكتئابية إلى مستويات علاجية أفضل. وهناك أيضا عقار «الليثيام lithium» الذي من المعروف عنه العمل على التوازن الانفعالي، ومن ثم التحكم في التقلبات الانفعالية، ولهذا يعتبر «الليثيام» من الأدوية الفعالة في علاج الحالات الدورية أو الاضطراب الدوري الهوس ـ الاكتئاب، أي عند المرضى الذين يتأرجحون دوريا من

الاكتئاب الحاد واليأس الشديد إلى الهياج والهوس. ويعمل «الليثيام» على المحافظة على توازن تركيز الأمينات في المخ بدرجة معتدلة. ومن مضادات الاكتئاب مجموعة أخرى هي الفلوكسيتين fluoxetine، وإلى هذه المجموعة ينتمي العقار المعروف باسم «البروزاك Prozac»، وهو من العقاقير التي اكتشفت حديثا ويمتاز بقلة تأثيراته الجانبية، وفاعليته في معالجة العديد من اضطرابات الاكتئاب، بما في ذلك حالات الاكتئاب العصابي العادي (Kaplan, & Sadock, 1992, pp161-159). وعموما هناك عدد لا بأس به من الأدوية الطبية المضادة للاكتئاب. ومن المعلوم أن نسبة كبيرة من هذه الأدوية تؤدي بالفعل إلى تأثيرات إيجابية، وإن كانت لا تصلح بنفس القدر لجميع الأفراد. لأن العقار الواحد يستجيب له بعض الأفراد إيجابيا، ولكن البعض الآخر لا يستجيب له بنفس القدر، بينما قد يستجيب إيجابيا لنوع آخر من الأدوية المضادة للاكتئاب، غير النوع الذي يستجيب له شخص ثان.

والحقيقة أن الألم الذي يسببه الاكتئاب (الذي قد يصل أحيانا إلى الانتحار)، يتطلب ضرورة تعاطي بعض العقاقير المضادة للاكتئاب لفترة تحددها ظروف المريض، ومدى المعاناة، وتقدير المعالج لخطورة الحالة. وفي مثل هذه الحالات، وبالرغم من بعض الآثار الجانبية التي سيأتي ذكرها فإن من المفيد تعاطي بعضها. وقد يبدي البعض تخوفا من الأدوية المضادة للاكتئاب، بسبب الخوف من الإدمان عليها أو الإفراط في تعاطيها. والحقيقة أن هذه الطائفة من الأدوية تختلف عن المهدئات (مثل الفاليوم والأتيفان والليبريام) لأنها لا تؤدي إلى الإدمان، كما أن جرعاتها حالما يتحدد المستوى المرغوب منها تظل ثابتة. وفي الغالب يسهل على الشخص الانقطاع عنها بعد فترة قصيرة من توقف الاكتئاب. ولو أن من الأفضل عند الانقطاع عنها القيام بذلك تدريجيا وتحت إرشاد طبي.

متى يجب أن نفكر في العلاج الكيميائي؟

تتحدد فاعلية علاج دوائي معين بكثير من العوامل منها:

١ ـ إذا وصلت درجة الاكتئاب بالمريض إلى الحد الذي يعوقه عن القيام بوظائفه اليومية بسبب الاكتئاب.

2 ـ إذا كان الاكتئاب مصحوبا بأعراض بدنية منها الأرق، والاستثارة الزائدة، وتزايد موجة الاكتئاب في الفترة الصباحية.

3 ـ إذا كان الاكتئاب الذي تعاني منه شديدا لا يطاق.

4 ـ إذا كان للاكتئاب تاريخ منتشر في أسرة المريض.

5 ـ إذا كنت قد استجبت في السابق لأحد العقاقير المضادة للاكتئاب بصورة إيجابية.

6 ـ إذا لم تكن لديك حساسية للإصابة بالآثار الجانبية التي تؤدي لها بعض العقاقير المضادة للاكتئاب.

وعموما فإن العلاج الطبي الكيميائي، يعتبر من الأساليب المهمة والواعدة بشكل أفضل في علاج كثير من حالات الاكتئاب، ولا اعتراض لنا عليه، كطريقة إسعافية سريعة للتخلص من الآلام والأعراض الحادة التي يسببها الاكتئاب عند البعض.

العقاقير ضبط للأعراض وليست علاجا للمرض:

غير أن الخطأ الأكبر هو أن يعتقد الطبيب النفسي أن العلاج الطبي الكيميائي بمفرده قد يفي بكل أغراض العلاج. فقد يظن البعض خطأ أنه ما دام بالإمكان تغيير الحالة المزاجية بعد تعاطي مركب كيميائي، فلابد أن يكون الاكتئاب ذا مصدر كيميائي. هذا استنتاج خاطئ، ولا يقدم دليلا على صدق هذه المقولة، ونحن هنا نتفق مع عدد كبير من الأطباء النفسيين السلوكيين وعلماء السلوك الإنساني (مثلا: آرييتي، 1991). فقد يكون التحسن الذي حدث هو تحسن في الأعراض فقط، بمعنى أن سبب المرض ربما كان لا يزال موجودا. هذا من جهة، ومن جهة أخرى، يبرهن «آرييتي»، أنه حتى الحالات النفسية البحتة، التي من المعروف أنه لا يمكن تفسيرها عضويا قد تتحسن نتيجة لتأثير مادة كيميائية. فقد تخف الصراعات الزوجية الحادة أو صراعات العمل بعد أن يأخذ الشخص قسطا وافرا من النوم أو إثر تعاطي أحد المهدئات. هذا مع علمنا بأنه لا يوجد دليل قط على أن صراعات الحياة الزوجية، وصراعات العمل، يمكن أن تكون نتيجة لتغيرات أمينية كيميائية، ومع ذلك فإنها تتأثر نتيجة للمهدئ الكيميائي. معنى هذا أن الاستجابة للعناصر الكيميائية، لا تعني بالضرورة أن التغيرات الكيميائية

هي المسؤولة عن ظهور الاضطراب، أو أنها سبب له.

مفهوم الحلقة المفرغة:

وحتى بالرغم من الزعم بوجود تغيرات كيميائية حيوية لدى المكتئبين، فهل هذه التغيرات سبب أو نتيجة للاكتئاب ؟ فمن المعروف أن التغيرات البيئية تؤدي إلى تغيرات كيميائية حيوية. وفي نفس الوقت، من المعروف أن استجابات الأفراد بالانهيار أو المرض أو الصحة، تختلف تحت تأثير الضغوط الاجتماعية والظروف البيئية بحسب الاستعداد السابق للفرد. فهل الانهيار نتيجة للأزمة الخارجية؟ أم أن الفرد بسبب استعداداته النفسية والعضوية، يدرك هذه المواقف ويتعامل معها بطريقة مأساوية ومثيرة للاضطراب ؟

المرجح أن تكون العلاقات بين مختلف العوامل المسببة للمشكلات النفسية ذات تفاعل وتبادل، من نوع الحلقة المفرغة. بمعنى أن الظروف النفسية والبيئية، يمكن أن تحدث تغيرات كيميائية، وهذه بدورها تغير من استجاباتنا للبيئة وللظروف النفسية الخاصة التي تواجهنا بين الحين والآخر. ومن هنا تبين لنا نظرية المحاور المتعددة في العلاج السلوكي التي نتبناها في علاجنا للاضطرابات النفسية بما فيها الاكتئاب، أن العلاج الطبي بالعقاقير أو غيرها ما هو إلا محور مهم، يجب الانتباه إليه في ظل ظروف ومواقف معينة كالتي أوضحناها أعلاه.

ومن دون الدخول في تفاصيل منهجية، أو خلافات جدلية، فإن هناك الكثير من الحقائق التي تبين أن الجوانب البيولوجية بما فيها الاختلالات الكيميائية تلعب مع الظروف النفسية في تناسق ووحدة متكاملة، وتفاعل مستمر. بعبارة أخرى، إذا كانت التغيرات الكيميائية، واختلال توزيع «الأمينات» في الموصلات العصبية من شأنه أن يؤدي إلى تغير المزاج، فإن الجوانب النفسية بما فيها ضغوط الحياة والأزمات الخارجية من شأنها أن تدفع للاختلال الكيميائي. على سبيل المثال، بينت بعض التجارب النفسية بشكل قاطع أن «الأمينات» (بما فيها النوريبينيفرين norepinephrin)، والذي يعتقد أنه المسؤول الرئيسي عن التغيرات المزاجية والاكتئاب)، يختل إفرازها عندما يتعرض الحيوان في التجارب المعملية لظروف قاسية يصعب عليه مواجهتها أو الهروب منها (Seligman, 1989, pp75-98)، وحالما يحدث ذلك

يفقد الحيوان الأمل في الهروب، وتزداد فرص اكتئابه وتحوله إلى اليأس الكامل، (سنتعرض فيما بعد لبعض هذه التجارب بشيء من التفصيل، عند الحديث عن نظرية التعلم الاجتماعي للاكتئاب بطريق اليأس المكتسب)، وتشير هذه النتائج في مجملها وتؤكد التأثير المتبادل بين العوامل الكيميائية والعوامل النفسية.

الآثار الجانبية، والعوامل الشخصية:

هذا فضلا عن الآثار الجانبية السيئة التي تحدث نتيجة لتعاطي العلاج الكيميائي، والتي تفرد لها النشرات الطبية ذاتها الكثير من التحذيرات. وحتى إذا نحينا موضوع التأثيرات الجانبية، وافترضنا وجود عقاقير مضادة للاكتئاب لا توجد لها آثار جانبية على الإطلاق (وهذا بالطبع غير ممكن من الناحية العملية)، فإن هناك نسبة من المكتئبين ينظرون للعلاج الكيميائي بشك، ويعزفون لأسباب شخصية أو دينية عنها. في هذه الحالة لابد من طرق بديلة لعلاج الاكتئاب، والتخفيف من المعاناة منه.

وجود بدائل علاجية نفسية فعالة:

هناك فضلا عن هذا وذاك دراسات أخرى أجراها «بيك» (Beck 1976) وتلامذته، بينت أن العلاج الكيميائي المصحوب بعلاج نفسي، يقوم على تعديل أساليب الشخص في التفكير وإدراكه لنفسه ولبيئته (علاج معرفي)، أفضل من العلاج الكيميائي البيولوجي بمفرده، أو العلاج المعرفي بمفرده. لكن نسبة التحسن والعلاج عند المقارنة بين مجموعتين تعرضتا لعلاج كيميائي أو معرفي منفرد، كانت في مصلحة العلاج السلوكي ـ المعرفي. أي عندما نشجع المصاب بالاكتئاب على النشاط الإيجابي، ومحاربة الأفكار الانهزامية، والبحث النشط عن الشروط التي تسبب الإصابة بالحالات الوجدانية السلبية التي تتملكهم. وهذا هو فيما يبدو ما يجعل هذه الأنواع من العلاج النفسي تفوق مثيلاتها من العلاج الطبي ـ الكيميائي.

وهناك دراسات حديثة (Yapko,1997) قارنت العلاج الكيميائي بالعلاج النفسي ـ السلوكي للاكتئاب، فبينت أن العلاج الكيميائي باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب يتفوق على العلاج النفسي في الشهر الأول، حيث تختفي

الأعراض بسرعة بعد تعاطي العقاقير، أما بعد مرور شهرين، فإن الفروق تختفي لتتماثل نسبة الشفاء في مجموعتي العقاقير والعلاج النفسي سواء بسواء. لكن تأثير العلاج النفسي يبدأ في التفوق على مثيله من العلاج بالعقاقير بعد مرور 12 أسبوعا أو أكثر. بعبارة أخرى، تظل نسبة التحسن في تزايد مستمر، عندما يتعلم المريض أن يتولى بنفسه مسؤولية التوجيه الذاتي وعندما يتسلح ببعض الفنيات السلوكية، التي تمكنه من مواجهة مشكلاته ومصيره. فضلا عن هذا بينت هذه الدراسات أن نسبة الانتكاس تزيد بنسبة 50٪، إذا عولج المرضى بالاكتئاب باستخدام العلاج بالعقاقير بمفردها، مما لو عولجوا باستخدام العقاقير مصحوبة بأي شكل من أشكال العلاج النفسي أو السلوكي (Yapko,1997). بعبارة أخرى، فإن للاكتئاب جوانبه ومسبباته الاجتماعية ـ الإنسانية اللاكيميائية، التي يجب أن نتوجه بكل طاقتنا من أجل إخضاعها للعلاج النفسي بأشكاله المختلفة (Whybrow,1997).

أما الموقف المعتدل من الأساليب الكيميائية، فيتلخص في عبارة نستعيرها من الطبيب النفسي «بيرنز» (Burns, 1992, p.45)، يقول «بيرنز»:

«إن من شأن عقار مضاد للاكتئاب أن يمنحك على الأقل بعض القدرة التي تحتاج إليها لتبدأ في معالجة حياتك بصورة بناءة، ومن ثم الإسراع في العمليات المؤدية إلى الشفاء».

وبهذا المعنى، فالعلاج الكيميائي بالعقاقير المضادة للاكتئاب ـ إذا ما حتمت الظروف تعاطيه ـ ما هو إلا مرحلة أولى من المراحل الميسرة للشفاء. لكن العلاج الحقيقي هو الذي يتطلب تدريبات تساعد وتعين على مواجهة ضغوط الحياة وأحداثها على نحو أكثر إيجابية. وهو ما يجب أن نخطط له بطرق أخرى أكثر فاعلية. وثمة الآن طرق من التعلم والتدرب السلوكي ذات فاعلية أكيدة في العلاج النفسي للاكتئاب تتضمن: اكتساب المهارة في فهم الأمور، وتفسير المواقف الخارجية بعقلانية، وإدراك الذات والعالم بصورة غير مهددة للذات (العلاج المعرفي)، والتعامل مع الآخرين والضغوط الاجتماعية (تدريب المهارات الاجتماعية)، والانطلاق نحو تبني أساليب سلوكية ـ صحية بديلة (العلاج السلوكي) والتي سنتعرض لها فيما بعد.

7 الضغوط النفسية وأحداث الحياة

هل مرت بك في خلال العام الماضي أحداث من هذا النوع:

- خصومات أو صراعات في العمل
- زواج أو خطبة
- طلاق
- انفصال أو هجرة
- مرض أو وفاة أحد الأقارب الأعزاء (زوجة أو زوج أو أحد الوالدين).
- الانتقال إلى عمل جديد، أو ترقية
- خسارة مادية فادحة
- مرض أدى إلى تغيير عاداتك في الأكل فأصبحت تأكل أقل أو أكثر من المعتاد
- ظروف أدت إلى تغيير عاداتك في الشراب، فأصبحت تشرب أو تتعاطى أدوية أو عقاقير طبية أو غير طبية.
- تحقيق إنجاز كبير، أو ترقية.

..... الخ

الأحداث السابقة بعضها يحدث نتيجة لظروف أو تغيرات خارجية (خسارة مادية، وفاة، انتقال

لعمل جديد...)، وبعضها يحدث نتيجة لتغيرات داخلية، وظروف شخصية (شراب، عقاقير، مرض...)، بعضها يبدو إيجابيا ومرغوبا فيه (زواج أو ترقية)، وبعضها سيئ وغير مرغوب فيه (انفصال، طلاق، موت)، لكن علماء النفس يثبتون أن تزايد مثل هذه الأحداث في حياة الإنسان إيجابية كانت أم سلبية، داخلية كانت أم خارجية قد لا يكون مرغوبا فيها من الناحية الصحية. فتكرر مثل هذه الأحداث يمثل ضغوطا نفسية وعبئا، وجهدا على الجسم والصحة مما قد يرتبط بالإصابة بكثير من أمراض العصر بما فيها الاكتئاب والقلق. حتى الأمراض الجسمية كأمراض القلب، والسكري، وضغط الدم تبين أنها ذات صلة قوية بالضغوط اليومية، والإجهاد، والضغط النفسي.

ومن الأدلة المهمة على ما تلعبه العوامل السلوكية في الصحة، الدراسات المكثفة التي تجرى في الوقت الحاضر وخلال العقدين الأخيرين عن هذا الموضوع. وأسوق هنا مثالا واحدا على ذلك: المسح الشامل الذي أجري في الولايات المتحدة للكشف عن عوامل الصحة أو المرض، على 6928 شخصا في «كاليفورنيا» في منطقة «ألاميدا» Alameda County. في هذه الدراسة جمعت لكل فرد سجلات وافية عنه، بما في ذلك الوضع الاجتماعي والاقتصادي، والحالة الطبية (بما فيها ضغط الدم ونسبة الدهون «الكولسترول» والسكر)، فضلا عن الممارسات السلوكية السبع الآتية:

1 ـ النوم من سبع إلى ثماني ساعات يوميا
2 ـ تناول الإفطار يوميا تقر يبا
3 ـ عدم الأكل بين الوجبات
4 ـ تناسب الوزن مع الطول
5 ـ عدم التدخين
6 ـ معتدل أو لا يشرب الخمر
7 ـ الانتظام في أداء تمارين رياضية.

ولكي يكشف الباحثون عن التأثير الذي تتركه هذه الممارسات على الصحة العامة للفرد، استخدموا محكما بسيطا وهو نسبة الوفيات في السنوات الـ 5,5 والـ 9,5 التالية من حياة الأشخاص، الذين يمارسون هذه النشاطات بالمقارنة بالذين لا يمارسونها. وبمتابعة أفراد الدراسة، وبالرجوع

إلى سجلات الأشخاص الذين توفوا، تبينت نتائج شائقة، يمكن إجمالها على النحو الآتي:

1 ـ تبين كما هو متوقع، أن أعمار المتوفين منهم كانت بين 40 و80 سنة.

2 ـ انخفضت نسبة الوفيات بصورة واضحة وجوهرية لدى الممارسين والممارسات للنشاطات السبعة السابقة في داخل كل فئة عمرية. فقد بلغت نسبة الوفيات لدى الممارسين والممارسات 28٪ فقط، أي أقل بما يعادل أربع مرات عن غير الممارسين (أو الممارسين لنشاطات ثلاثة أو أقل). ومن الطريف، أن نسبة الوفيات في داخل هذه العينة لم تتأثر بالدخل الاقتصادي، كما لم تتأثر بالحالة الطبية، والمؤشرات البيولوجية للمتوفين عند بداية إجراء الدراسة.

3 ـ إن أكثر الممارسات السابقة فاعلية كانت في مصلحة:

- النوم من 7 : 8 ساعات يوميا
- تناسب الوزن مع الطول
- عدم التدخين
- عدم تعاطي الكحول (أو الاعتدال)
- التمرينات الرياضية المنتظمة

4 ـ أما بالنسبة: للإفطار المنتظم، والامتناع عن الأكل بين الوجبات فقد كان تأثيرهما أقل، بالنسبة للمتغيرات الصحية موضوع الدراسة.

5 ـ ومن النتائج المهمة لهذه الدراسة الشاملة أنه تبين أن شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، تلعب دورا حاسما في الإقلال من نسبة الوفيات. فمثلا قلت نسبة الوفيات لدى المتزوجين، وممن لديهم صلات اجتماعية وثيقة بالأقارب أو الأصدقاء. كذلك قلت نسبة الوفيات والإصابة بالأمراض عند المساهمين في النشاطات الجماعية، والمهنية، والذين يترددون على دور العبادة بانتظام (Genest & Genest,1987).

من الواضح إذن، وبنظرة سريعة على المتغيرات التي ارتبطت بالصحة وطول العمر، أننا نجد أن جميعها تقريبا عوامل تتعلق بالسلوك الفردي أو الاجتماعي للفرد، بما في ذلك اتجاهاته الصحية، وقدراته على معالجة الضغوط اليومية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية والدينية، وأسلوبه في المأكل والمشرب (مثلا: الطعام، التدخين، الخمور، والكحوليات)

والاستقرار الاجتماعي. مما يدعونا إلى توجيه الضوء على هذه العوامل.

وقد أدى الاهتمام بدور الممارسات السلوكية اليومية إلى كثير من النتائج الإيجابية، في ما يتعلق بتطور دراسة الأمراض النفسية والجسمية معا من حيث تشخيصها وعلاجها. ومن ثم فلم تعد البديهة الطبية المعاصرة تستسيغ معالجة الأمراض، والاضطرابات النفسية والجسمية بصفتها موضوعا للمعالجة العضوية فقط. المقبول الآن هو النظر إلى المرض من حيث هو نتاج للاختلال العضوي، وأن الاختلال العضوي بدوره نتاج لعوامل نفسية، وممارسات سلوكية يومية خاطئة، والتعرض للضغوط وأحداث الحياة التي تستثير انفعالاتنا، وفي الجزء المتبقي من هذا الفصل، سنعرض للقارئ مفهوما من المفاهيم التي تلقى في الوقت الراهن اهتماما طبيا ونفسيا مكثفا، بسبب تبلوره كحلقة وصل بين المرض والصحة من جانب، والعوامل النفسية ـ الاجتماعية من جانب آخر. وبذلك يمكن للقارئ أن يطلع على جوانب العلاج النفسي والسلوكي، وما تحققه من إنجازات مثيرة في عمليات علاج هذه المجموعة من الأمراض والوقاية منها.

فما هو الضغط النفسي؟

يشير مفهوم الضغط ـ في أبسط معانيه ـ إلى أي تغير داخلي، أو خارجي، من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة. بعبارة أخرى، تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظروف العمل أو التلوث البيئي، أو السفر، والصراعات الأسرية ضغوطا، مثلها في ذلك مثل الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بالمرض، أو الأرق، أو التغيرات الهرمونية الدورية (انظر إطار شارح ١ ـ 7 لأهم مصادر الضغوط).

ومن المعلوم، أن هناك طائفة كبرى من أمراض الطب النفسي، يعتقد أنها نتاج مباشر للاضطراب الانفعالي والضغوط، كالقلق، والاكتئاب، والوساوس القهرية. فالصلة بين الاضطراب الانفعالي والاضطراب النفسي ليست شيئا جديدا، لكن الجديد هو الدراسات المكثفة التي تجرى عن صلة الضغوط، وأساليب الحياة الخاصة، (والعوامل السلوكية في مجملها)، بالأمراض العضوية البدنية.

وبفضل هذا الاهتمام أمكن تقديم أدلة علمية وافية ساعدت على صقل

سبل التشخيص والعلاج. فأمكن من خلال ذلك أن نحدد بالضبط كيف تؤثر هذه الضغوط في حياتنا الصحية، كما أمكن أن نعرف الكثير عن تأثيرها الفارق في مختلف الأمراض التي تتأثر بها. وهناك على الأقل كثير من الحقائق المتجمعة عن دور هذه الضغوط في تطور الأمراض البدنية والاضطرابات العضوية، فضلا عن الاضطرابات النفسية والعقلية.

الضغوط ومصادرها، وعملية الاستجابة لها

الواقع أن البدايات الأولى للاهتمام بدراسة موضوع الضغوط، بدأت بتجارب «هانز سيليا» Hans Selye (انظر: Selye,1980-1956) من كندا، الذي يعود له الفضل في وضع كثير من الأسس العلمية لهذا الموضوع. فقد لاحظ منذ فترة مبكرة أن المرضى يشتركون (بالرغم من تعدد مصادر المرض والشكوى لديهم،) في خصائص عامة متماثلة وأعراض مرضية متشابهة، بالإضافة إلى الأعراض النوعية التي تصف وترتبط بالمرض الخاص بكل منهم. فجميع المرضى يعانون من ضعف الشهية، والوهن العضلي، وفقدان الاهتمام بالبيئة. ومن ثم، افترض «سيليا» أن الأمراض المختلفة تشترك في إحداث زملة من الأعراض، أطلق عليها زملة الضغط العام Common stress syndrome، بالإضافة إلى الأعراض النوعية الخاصة بكل مرض (Selye,1980-1956).

(إطار شارح 1 ـ 7)

من أين تجيء الضغوط؟

يشير مفهوم الضغط ـ في أبسط معانيه ـ إلى أي شيء من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة.

ويمكن بداية أن تكون مصادر الضغوط من الخارج: كالأعباء اليومية وضغوط العمل، والتلوث البيئي أو بسبب عوامل عضوية داخلية كالإصابة بالأمراض. ومن الأمثلة على ذلك:

1 ـ الضغوط الانفعالية والنفسية (القلق، الاكتئاب، المخاوف المرضية).

2 ـ الضغوط الأسرية بما فيها الصراعات الأسرية، كثرة المجادلات، الانفصال، الطلاق، تربية الأطفال، وجود أطفال مرضى أو معاقين في

الأسرة...

3 ـ ضغوط اجتماعية كالتفاعل مع الآخرين، كثرة اللقاءات أو قلتها، العزلة، الإسراف في التزاور أو الحفلات...

ضغوط العمل، بما فيها العمل المكثف، أو القليل، الصراعات خاصة مع الرؤساء والمشرفين، أو الذي يتطلب مسؤوليات ولكنه لا يكافأ بنفس الجهد...

4 ـ ضغوط الانتقال والتغيير كالسفر، الهجرة، تغيير المسكن أو الإقامة، الانتقال إلى عمل جديد...

5 ـ الضغوط الكيميائية كإساءة استخدام العقاقير، الكحول، الكافيين، النيكوتين.

الضغوط العضوية، كالإصابة بالمرض، صعوبات النوم، الإسراف في إجهاد الجسم عن طريق الألعاب الرياضية، العادات الصحية السيئة. واختلال النظام الغذائي.

ولكي يتحقق من ذلك، عـرَّض «سيليا» الفئران في معمله بكندا إلى أنواع مختلفة من المجهدات كالبرودة الشديدة، أو الحقن بمواد سامة. وما استجابت به الفئران في مثل هذه المواقف، يلخص، في واقع الأمر استجاباتنا جميعا نحن البشر عندما نواجه خطرا معينا، أو ضغطا نفسيا مستمرا. فقد ردت جميع الفئران، بغض النظر عن مصادر الضغط الواقع عليها، بأن حشدت جميع وظائفها الجسمية بطريقة انعكاسية reflexive. فنشطت الغدد، وتضخمت الغدة الأدرينالية بشكل خاص، وتزايد إطلاق الأدرينالين منها. ونتيجة لهذا النشاط غير العادي في إفرازات الأدرينالين، تتحول الأنسجة إلى جلوكوز يمد الجسم بطاقة لتجعله في حالة تأهب دائم لمواجهة الخطر. وهو شيء يحدث لدينا جميعا في المواقف الانفعالية. وقد أثبت «سيليا» أن استمرار تعرض حيواناته للضغوط المعملية سيجعلها عاجزة عن المقاومة طويلا. فالإحساس بالضغط الواقع عليها يمر بالمراحل التالية:

- في البداية مشقة تتطلب مزيدا من حشد الطاقة.

- تمر عليها، ثانيا، بعد ذلك فترة مواءمة واعتياد ومحاولة للتكيف مع مصادر الضغط ومقاومتها.

- ولكن ذلك قد يستمر لفترة تشعر الحيوانات بعدها بالإجهاد والإرهاق، ثم...

- أخيرا، تنفق وتموت.

عندما تفشل طاقتنا على التكيف:

وقد أطلق «سيليا» على ما يظهره الجسم من مقدرة على التكيف المبدئي والتوافق للضغوط: «طاقة التكيف adaptation energy». وقد أثبت أن استمرار التعرض للضغوط يؤدي تدريجيا إلى فقدان هذه الطاقة، وانهيارها. ومن ثم تضعف ـ في الحالات البشرية ـ قدرة الجسم على المقاومة فتحدث الأمراض والوفيات المبكرة، وذلك بعد أن يمر الإنسان بعدد من التغيرات التي يمكن له التعرف عليها. كما يمكن للإنسان العادي أن يتعرف على العلامات الدالة على الضغط، وبالتالي يمكنه التعامل معه ومعالجته قبل أن تستفحل آثاره الجسمية والنفسية (انظر إطار شارح 2 ـ 7 للعلامات الدالة على الضغط).

وتستجيب للضغوط أولا الأعضاء الضعيفة من الجسم، فهي التي تكون مستهدفة بشكل أسرع من غيرها للمرض، مما يفسر التأثير النوعي specific للضغوط على حدوث أمراض دون أمراض أخرى. ففي حالة فشل الجهاز المناعي، تحدث الأورام السرطانية. وتحدث السكتة القلبية عندما تفشل الدورة الدموية، والشرايين عن أداء وظائفها المعتادة. وتحدث أمراض المعدة، عندما يفشل الجهاز الهضمي عن أداء وظائفه المعتادة، بسبب قلة كمية الدم التي تصله نتيجة للتوتر الذي تثيره هذه الضغوط...

وبالرغم من أهمية دراسات «سيليا»، فإنه لم يبد اهتماما لجانب آخر مهم من الجوانب المثيرة للضغوط، ألا وهو أحداث الحياة والضغوط، والمنغصات التي نتعرض لها يوميا في حياتنا، وهو ما احتل اهتمام علماء آخرين من بعده.

ضغوط تصنعها أحداث الحياة

نلاحظ على تجارب «سيليا» أنها ركزت على الشروط والتغيرات بوصفها مصدرا من مصادر الضغط، مع مراقبة ودراسة استجابات الكائن الحي

عندما يواجه مثل هذه الضغوط، إلا أن من شأن أحداث الحياة

(إطار شارح 2 ـ 7)

إنذارات تزايد الضغط والإجهاد

- اضطرابات النوم.
- اضطرابات الهضم.
- اضطرابات التنفس.
- خفقان القلب.
- التوجس والقلق على أشياء لا تستدعي ذلك.
- الاكتئاب.
- التوتر العضلي والشد
- الغضب لأتفقه الأسباب.
- التفسير الخاطئ لتصرفات الآخرين ونواياهم.
- الإجهاد السريع.
- تلاحق الأمراض والتعرض للحوادث.

life events والتغيرات البيئية الخارجية، سواء كانت سلبية (وفاة قريب عزيز، كارثة مالية، طلاق، مرض)، أو إيجابية (ترقية، الانتقال إلى عمل جديد، زواج)، من شأنها جميعا أن تشكل ضغوطا على الفرد، إذ يستجيب الجسم لها بنفس الطريقة. مما يفضي إلى احتمال الإصابة بمختلف الأمراض، والاضطرابات مستقبلا.

وللتحقق من هذه الفكرة، وضعت مقاييس متعددة من أهمها مقياس ضغوط وأحداث الحياة Life Events Stressors Questionnaire، (انظر الملحق في نهاية الفصل الذي يمثل البنود التي اشتمل عليها مقياس الأحداث اليومية وضغوط الحياة). والمقياس يتكون من 43 حدثا أو تغيرا واقعة أو وشيكة الوقوع (مثال: موت الزوج/ الزوجة، الطلاق، متاعب مع رئيسك في العمل، ترقية إلى وظيفة أعلى، الزواج، تغيير محل إقامتك، ولادة طفل في الأسرة...). وقد أعطيت لكل حدث منها درجة بحسب شدة هذا الحدث ومدى تأثيره في حياة الفرد. فمثلا أعطيت أعلى درجة وهي 100 لموت

الزوج/ الزوجة، بينما أعطيت درجات متوسطة لبنود مثل الإصابة بمرض (53 درجة)، الزواج (50)، ودرجات منخفضة لتغيرات مثل: قضاء الإجازة السنوية (13)، التغيير في عادات النوم (16)... وهكذا.

الآن، وقد أمكن وضع طريقة موضوعية تحدد مقدار التغيرات الواقعة للفرد، ومدى شدتها، يصبح الطريق ممهدا لتحديد الدور الذي تقوم به هذه العوامل في مجالات الصحة والمرض. ولأهمية النتائج التي أمكن استخلاصها في ما يتعلق بموضوعنا الحالي، فإننا نوجز بعضها في ما يلي:

1 ـ الضغوط والتغيرات المتعلقة بالانفصال أو الفقدان (مثلا: الطلاق، الانفصال عن الزوج أو الزوجة، وفاة الزوج/ الزوجة، وفاة صديق أو قريب)، تشكل أشد الضغوط وأقساها في حياة الفرد. على سبيل المثال، تمت مقارنة نسبة الوفيات في عينة مكونة من 4500 أرمل ممن تزيد أعمارهم على 45 سنة، بنسبة الوفيات في عينة مماثلة من المتزوجين في نفس الفئة العمرية. لقد تبين بما يتسق مع هذه الحقيقة أن نسبة الوفيات بين الأرامل زادت 40٪ على عينة المتزوجين خاصة في الشهور الستة الأولى من وفاة الزوجة. ولكنها بدأت بعد ذلك في الانخفاض، بحيث لم تصبح هناك فروق دالة بين المجموعتين في ما يتعلق بنسبة الوفيات، مما يشير إلى أنه كلما اشتدت الضغوط، تزايدت خطورتها على حياة الإنسان. كما أن البدايات الأولى من وقوعها هي أسوأ ما فيها، ومن ثم يحتاج الفرد في بداية وقوعها بشكل خاص للرعاية المهنية والاهتمام.

2 ـ كذلك تبين أن من الممكن التنبؤ بدرجة كبيرة من الثقة، بإمكانية إصابة فرد معين بالمرض خلال العامين القادمين من حياته، من خلال درجته على مقياس الضغوط. ومن الطريف أنه تبين أيضا أن التنبؤ بشدة المرض تتناسب تناسبا طرديا مع درجة الإجهاد، والتعرض للضغط. فمثلا، بينت بعض الدراسات أن تراكم ما يعادل 150 وحدة من الضغوط خلال 12 شهرا لدى فرد معين، ستجعلنا نتنبأ بأنه سيلتقط مرضا ما، خلال الفترة القادمة من حياته، وذلك كالإنفلونزا أو التهاب المفاصل، أو الروماتزم... الخ. أما إذا زادت درجة الفرد على 300 وحدة ضغط، فإن الاحتمالات ستتضاعف بأنه سيصاب بمرض شديد خلال عامين.

3 ـ كذلك فاقت قدرة الضغوط التنبئية بالإصابة بالأمراض في المستقبل، مثيلاتها من التنبؤات المستخلصة من المقاييس والمؤشرات البيولوجية، والتحليلات الكيميائية. بعبارة أخرى، أمكن التنبؤ بأن فردا ما سيصاب بمرض ما في السنوات القليلة القادمة من عمره، من خلال معرفة كمية الضغوط الواقعة عليه في اللحظة الراهنة، وما يعانيه منها، بصورة أدق مما لو اعتمدنا على المؤشرات البيولوجية وحدها بما فيها درجة ضغط الدم، ونسبة السكر في الدم، أو الكولسترول.

الضغوط مصدرا للأمراض النفسية:

وبعيدا عن مجال الأمراض العضوية، فقد تبين أيضا أن ظهور الأمراض النفسية يرتبط بأنماط الضغوط الانفعالية والاجتماعية التي قد نتعرض لها. فبداية ظهور وتطور الأمراض النفسية تجيء إثر التعرض للتغيرات الحياتية، كالفشل الدراسي، أو وفاة أحد الأقارب، أو توقع الانفصال عن الأسرة، أو تغير الدخل المفاجئ نتيجة للفصل عن العمل... الخ. وينطبق هذا على الأمراض النفسية الخفيفة كالقلق، والاكتئاب النفسي، والأمراض العقلية الشديدة كالانتحار، والفصام (ولو أن ارتباط ظهور الفصام بالضغوط أقل من ارتباط الأمراض النفسية الأخرى بها).

وهكذا نتبين من الأدلة السابقة مدى ما تؤديه الانفعالات والضغوط من دور أو أدوار في تطور الصحة والمرض. لقد بينت لنا الأدلة المتجمعة أن هذه الجوانب السلوكية تفسر كثيرا من الجوانب المرتبطة بالصحة والمرض، بما فيها شدة الأعراض المرضية، ونوعية الإصابة بمرض معين، وبداية ظهور الأمراض وتطورها في جانبيها العضوي والنفسي. ويبقى لنا أن نوضح صلتها بتطور الأمراض النفسية، خاصة الاكتئاب.

ملحق بأنواع الضغوط كما يكشف عنها مقياس الأحداث اليومية وضغوط الحياة

الفقرات والبنود التالية تمثل الأحداث والخبرات اليومية التي يمكن أن تمر في حياة الفرد، والتي تضمنها مقياس الأحداث اليومية وضغوط الحياة.

1 ـ وفاة القرين (الزوج أو الزوجة).

2 ـ طلاق.

3 ـ انفصال عن الزوج أو الزوجة.

4 ـ حبس أو حجز في سجن أو ما أشبهه.

5 ـ موت أحد أفراد الأسرة المقربين.

6 ـ تعرضك لإصابة خطيرة أو مرض.

7 ـ زواج.

8 ـ فصلك عن العمل.

9 ـ محاولات للتصالح أو التوافق الزوجي.

10 ـ تقاعد عن العمل.

11 ـ تغير ملحوظ في صحة أو سلوك أحد أفراد الأسرة.

12 ـ حمل (بالنسبة للمرأة) أو حمل الزوجة.

13 ـ صعوبات أو مشاكل جنسية.

14 ـ انضمام عضو جديد للأسرة (بطريق الولادة أو أي طريق آخر).

15 ـ تعديل رئيسي في عملك أو شركتك (إفلاس، أو إعادة تنظيم، أو استيلاء).

16 ـ تغير مفاجيء في وضعك المالي (إلى أحسن، أو أسوأ).

17 ـ وفاة صديق عزيز.

18 ـ الانتقال إلى مجال عمل أو اهتمام جديد.

19 ـ تغير ملحوظ في معدل المشاجرات مع الزوج أو الزوجة (أكثر أو أقل من اللازم في أمور خاصة بتربية الأطفال، أو سلوكك الشخصي).

20 ـ الحصول على قرض كبير لشراء منزل أو قطعة أرض (أكثر من خمسين ألف ريال أو جنيه).

21 ـ الدخول في إجراءات للحصول على قرض أو سلفة.

22 ـ تغيير أساسي في ظروف العمل أو المهنة (كالترقية أو تنزيل الدرجة الوظيفية).

23 ـ رحيل الابنة أو الابن عن الأسرة بسبب الدراسة أو الزواج أو أي سبب آخر.

24 ـ مشاحنات مع أهل الزوج أو الزوجة.

25 ـ تحقيق إنجاز شخصي مهم.

26 ـ توقف الزوجة عن العمل أو بدؤها لعمل جديد.
27 ـ بدء الدراسة أو الانتهاء منها.
28 ـ تغير في ظروف السكن (ترميم، بناء منزل جديد، تدهور حالة المنزل أو المنازل المجاورة).
29 ـ اضطرارك لإعادة النظر في عاداتك الشخصية (طريقة الملبس، أو علاقاتك بالآخرين).
30 ـ مشكلات مع رئيسك في العمل.
31 ـ تغير جذري في ساعات العمل (أطول أو أقل من العادي).
32 ـ تغير محل الإقامة.
33 ـ الانتقال لمدرسة جديدة أو كلية.
34 ـ تغير رئيسي في معدل الأنشطة الترفيهية.
35 ـ تغير رئيسي في ممارسة الأنشطة الدينية (أقل أو أكثر من العادي).
36 ـ تغير رئيسي في الأنشطة الاجتماعية (أكثر أو أقل من المعتاد).
37 ـ الحصول على سلفة مالية محدودة لشراء تليفزيون أو أثاث.
38 ـ تغير شديد في عادات النوم أو الاستيقاظ (أكثر أو أقل من المعتاد).
39 ـ تغير رئيسي في معدل اللقاءات الأسرية (أكثر أو أقل من المعتاد).
40 ـ تغير رئيسي في عادات الغذاء والأكل (مثلا: الاضطرار لتغيير مواقيت الوجبات، أو نوعية الطعام...).
41 ـ إجازة أو عطلة.
42 ـ العيد (أو إجازة رأس السنة).
43 ـ خلافات قانونية بسيطة (أخطاء مرورية، مخالفة، مشاحنة).
مقتبس عن: (Holmes & Rahe,1967).

الضغوط وأحداث الحياة بوصفها مصدرا لإثارة الاضطراب النفسي والاكتئاب

أن تلعب الضغوط النفسية، بما فيها أحداث الحياة دورا مهما في ظهور الاكتئاب وتفاقمه، حقيقة لها أكثر من دليل علمي:

1 ـ فمن جهة بينت المقارنات بين الجماعات المستهدفة للاكتئاب، أن أكثر الجماعات استهدافا، هم أكثرها تعرضا للضغوط. فالمقارنة بين الذكور

والإناث، بينت أن نسبة انتشار الاكتئاب بين النساء أعلى من مثيلاتها بين الذكور. صحيح أن البعض (Romanis,1987) يعزون هذه الفروق إلى عوامل بيولوجية هرمونية، لكن هناك ما يثبت أن الضغوط النفسية التي تتعرض لها المرأة، ترتبط أسبابها بدورها السلبي، وإبعادها عن اتخاذ القرارات الرئيسية في الحياة (بما في ذلك القرارات المصيرية الخاصة بأمورها الشخصية كاختيار الزوج، مثلا). ويجعلها هذا أقل قوة وأكثر عجزا، مما يعرضها للإصابة النفسية (Akiskal, 1987, p.273). وتتأكد هذه النتيجة في دراسة عربية أجريناها للمقارنة بين مجموعات مختلفة من الذكور والإناث، فتبين لنا أن الفروق في داخل جماعات من النساء تلعب دورا أكبر من الفروق بين النساء من جهة والذكور من جهة أخرى. بعبارة أخرى زادت مستويات الاكتئاب لدى النسوة في الوظائف البسيطة المعرضة للضغوط النفسية والإجهاد، كالتدريس والتمريض أكثر من زميلاتهن في المهن الأخرى كالطبيبات، وسيدات البيوت من غير العاملات (Ibrahim & Ibrahim,1987). فهؤلاء الأخيرات كن أقل اكتئابا وقلقا حتى من الذكور العاملين في وظائف التدريس في المدارس الابتدائية، وعساكر وضباط الشرطة. مما يرجح أن الاكتئاب قد يكون نتيجة لعوامل نفسية ـ اجتماعية أكثر منه نتيجة لعوامل بيولوجية.

2 ـ كذلك بينت النتائج عن العلاقة بين الاكتئاب والعمر نتائج مماثلة، فالاكتئاب في البحوث الغربية ينتشر بصورة وبائية أكثر بين المسنين. ومن الممكن تفسير ذلك، بسبب ما يتعرض له هؤلاء المسنون من عوامل مرتبطة بالضغوط ذات المصدر الفيزيولوجي وأحداث الحياة. فالمسنون في السنوات الأخيرة من العمر تكون فرصة معاناتهم من الأحداث السلبية أكثر بسبب فقدانهم، أو موت أزواجهم، أو زوجاتهم، وأصدقائهم، فضلا عن ضيق فرص النمو، والتطور المهني والحراك الاجتماعي بسبب السن (Akiskal,1987 ,Ibrahim1991). وهناك بعض الدراسات تبين أن السن وحده ليس هو المسؤول عن ارتفاع مستويات الاكتئاب. مثلا في البيئة السعودية تبين أن الاكتئاب ينتشر بين الشباب والمراهقين من الذكور والإناث معا بصورة وبائية أكثر منه عند من هم أكبر سنا من الجنسين. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المسنين في المجتمعات العربية يتلقون رعاية، وتقديرا اجتماعيا من الأسرة

والمجتمع أكثر مما هو عليه زملاؤهم الغربيون. وليس من نافلة القول أن نفترض أن الرعاية والتقدير يعملان على الإقلال من الإحساس بالضغوط الواقعة على الناس بسبب التقدم في العمر، مما يجعلهم أكثر تحملا، وأقل اضطرابا.

كذلك من المعروف أن الضغوط النفسية، وأحداث الحياة تقوم بدور مهم في تفجير النوبة الاكتئابية. بعبارة أخرى، فالاستجابة بالاكتئاب، دائما ما تكون مسبوقة بوجود أحداث، وكوارث، وخسائر مادية وبشرية. ومن ثم، يمكن أن نعامل ضغوط الحياة بمنزلة القشة الأخيرة التي «قصمت ظهر البعير»، بالنسبة للشخص المهيأ للإصابة بالاضطراب النفسي.

الضغوط النوعية المرتبطة بتطور الاكتئاب

من المجالات الشائقة والواعدة معا في دراسة الآثار النفسية الاجتماعية والصحية للاكتئاب، تلك التي تدرس العلاقة النوعية التي يمكن أن تلعبها الضغوط والأحداث الانفعالية، في نوع الإصابة المرضية (انظر: -Selye,1956 1980). فقد نشطت محاولات متعددة لتحديد أنواع معينة من الضغوط وأحداث الحياة، يتواكب ظهورها بتطور أنواع مستقلة من الأمراض الجسمية، والمشكلات النفسية. فعلى مستوى الاضطرابات البدنية تبين، مثلا، أن ارتفاع ضغط الدم الشرياني أو ما يسمى بالضغط المرتفع hypertension (وهو مرض طبي مزمن له مسببات عضوية متنوعة)، يرتبط بتزايد الضغوط المزمنة chronic stress (Genest & Genest, 1987, p.115)، أي الضغوط التي يتعرض لها الفرد فترة طويلة من الزمن ولا يستطيع تغييرها، مثل ضغط العمل وتوتر العلاقة بالرؤساء، وما يصحب ذلك من قمع لمشاعر الغضب (Rice, 1992, p.139). ونظرا لأن ارتفاع ضغط الدم يعتبر من العوامل المهمة في الإصابة بأمراض القلب، فقد تبين أيضا أن الإصابات بأمراض القلب ذات ارتباط وثيق بضغوط العمل، والضغوط الاجتماعية المجهدة، خاصة إذا اقترن وجودها بالإفراط في التدخين، والعامل الوراثي (Ibid).

أما التعرض للضغوط الحادة acute الناتجة عن التغيرات المفاجئة وغير السارة (كالفصل من العمل أو الطلاق، أو الاعتداء)، فمن شأنها أن تضعف جهاز المناعة مما يرجح التعرض للإصابة بأمراض الأورام السرطانية.

ولهذا كشفت التجارب على الحيوانات المصابة بالسرطان أن تعريضها لتغيرات عضوية وبيئية مفاجئة وسلبية (مثل إحداث تغيرات هرمونية شديدة)، يؤدي إلى تكاثر الأورام السرطانية لديها (Genest & Genest, pp.127-127).

أما الضغوط الناتجة عن الإثارة الشديدة (التي تؤدي إلى الغضب، والفزع، والخوف)، فقد تبين أنها ترتبط بأمراض الربو. ومن الطريف، أن بعض البحوث التجريبية، بينت أن من الممكن إثارة أعراض مماثلة لأعراض الربو عند الأطفال بتعريضهم لمواقف انفعالية كالنقد، أو مشاهدة أفلام مثيرة (Rice,1992). أما الضغوط التي تؤدي إلى إثارة الغيظ، والانشغال الشديد على المستقبل، والقلق الحاد فمن شأنها أن تزيد من العصارات الأكسيدية المعدية، فوق حاجات الجسم، مما يجعلها أكثر ارتباطا بالإصابة بأمراض قرحة المعدة، وهكذا.

أما عن اضطرابات الاكتئاب واليأس، فقد كشفت المقارنة بين المكتئبين وغيرهم، عن أنواع خاصة من الضغوط توجد مصاحبة أو سابقة لظهور الاضطراب. ويمكننا إجمال محصلة التجارب في نتيجة رئيسية مؤداها، أنه لما كان الاكتئاب من الاضطرابات الرئيسية التي يسببها الحزن والحداد، فقد كان من البديهي أن نجد ما يؤكد وجود تزايد في نسبة:

- الأحداث والضغوط المرتبطة بالانفصال، والخسارة (مادية، اجتماعية، أو إنسانية) هي المسؤولة أساسا عن تفجر الاكتئاب. وهذا ما أثبتته النتائج بالفعل. إذ تبين أن من أكثر أنواع الضغوط، ارتباطا بالاكتئاب تلك التي ترتبط بحدوث خسائر أو فقدان. ومن ثم يكون شيوع الاكتئاب لدى المطلقين أو المطلقات، والأرامل من الذكور والنساء، وإثر الكوارث المادية، والهجرة إلى موطن جديد غير الموطن الأصلي بسبب الدراسة أو العمل أو أي سبب آخر (Gelder, Gath & Mayou, 1983, p.206).

- كذلك يزداد الاكتئاب نتيجة للضغوط التي يخلقها المرض الجسمي، فقد تبين أن المرضى حتى بالأمراض الخفيفة كالإنفلونزا يتعرضون للإصابة بالاكتئاب، أكثر من غيرهم. صحيح أن هذه النتيجة لا تنطبق على كل الأشخاص، حيث لا يستجيب كل المرضى العضويين بالاكتئاب، وصحيح أن هذا لا ينطبق على كل الأمراض، حيث تؤدي بعض الأمراض (مثل الأمراض

المرتبطة باضطراب الغدد والهرمونات، والإيدز... الخ) أكثر من غيرها للإصابة بالاكتئاب، إلا أن هذه الفروق تنطبق على كل العلاقات التي تربط الاكتئاب بالضغوط. فالملاحظة المهمة - والتي يؤيدها فيما سنرى البحث العلمي - تبين أن الناس لا يستجيبون للضغوط بطريقة واحدة، فكيف ولماذا يحدث ذلك ؟

متى ولمَ تدفع الضغوط للاكتئاب واليأس؟

الحقيقة أن الكثير من حالات الاكتئاب لا تنشأ بالضرورة كنتيجة آلية لوجود أحداث أو كوارث اجتماعية نتيجة للانفصال والخسارة. فضلا عن هذا، لا تؤدي الخسائر، ومتاعب الحياة إلى الاكتئاب بصورة آلية لدى كل الناس. وهناك على سبيل المثال ما يشير إلى وجود حالات من الاكتئاب، تصيب الناس في حالة وجود أحداث معارضة للخسارة. ولهذا نجد من يتكلم عن وجود ما يسمى بـ «اكتئاب النجاح» success (Akiskal, 1987, p. 269) depression، أي أن هناك أنواعا من الاكتئاب يمكن أن تحدث حتى عندما تنعم علينا الحياة بتغيرات ومزايا إيجابية. فليس من النادر أن يصيبنا هذا الإحساس في مواقف سارة مثل الحصول على ترقية، أو تحقيق نجاح بعد بذل الجهد، أو حتى خلال انهماكنا في أحداث سارة لنا أو لأحد الأعزاء في الأسرة.

معنى هذا أن عملية ترجمة الضغط وأحداث الحياة إلى اضطراب انفعالي واكتئاب، تحتاج إلى وجود شروط أخرى معها. فمثلا:

- تبين أن أسوأ الضغوط، وأكثرها ارتباطا بالتوتر والاضطراب النفسي، هي تلك التي تحدث للفرد المنعزل، والذي يفتقد المساندة الوجدانية، والصلات، والدعم الاجتماعي social support، والمؤازرة. بعبارة أخرى، فالحياة مع الجماعة، والانتماء لمجموعة من الأصدقاء أو لشبكة من العلاقات الاجتماعية والأسرية المنظمة، تعتبر من المصادر الرئيسية التي تجعل للحياة معنى، ومن ثم توجهنا في عمومها للصحة والكفاح، والرضا، وتحملنا في نفس الوقت على مقاومة الضغوط وتحملها. ولهذا فالزوجة التي يتوفى زوجها، ربما تكون أكثر قدرة على المقاومة والتحمل وعدم الانهيار، إذا كان حولها أولادها وأقاربها يمدونها بالرعاية والعزاء. والمريض يكون

أكثر قدرة على الشفاء وأكثر تفاؤلا عندما يجد من حوله، الأهل والأقارب والأصدقاء يمدونه بالدعم والتشجيع. ومن المعروف أن جزءا كبيرا من عوامل النجاح في العلاج النفسي، يكمن في وجود معالج دافئ يمد مريضه بالتشجيع، والمشاركة الوجدانية empathy ويسانده بالتفهم والتوجيه عندما تحيق به الصعاب، وتتراكم عليه الصراعات (Rogers,1957).

- كذلك من الثابت أن الاستجابة باليأس والاكتئاب لأحداث الحياة، أو عدم الاستجابة بذلك يتوقف على مدى ما يتسلح به الفرد من مهارات اجتماعية. ومن ثم، فتأثير الضغوط على الأفراد ذوي الاهتمامات المهنية والاجتماعية الضيقة يكون أكثر عمقا، وأسوأ أثرا. إذ يجد الفرد نفسه في مثل هذه الحالة، عاجزا عن الدخول في نشاطات أو علاقات اجتماعية مما لو كان الفرد ذا اهتمامات اجتماعية متسعة، وأكثر قدرة على التطور بمهاراته، وعلاقاته.

- ويتوقف كذلك تأثير الخبرات والضغوط اليومية على مدى تقدير الفرد لها، وعلى مدى إدراكه لخطورتها الرمزية له. ومن ثم فإن نفس الحدث الواحد لا يثير الاضطراب عند فردين مختلفين، أو حتى عند الفرد الواحد في الظروف المختلفة، مثال هذا حالة كاتب مصري استشار الكاتب الحالي بعد أن سيطرت عليه حالة من الملل، والاكتئاب إثر إصابته بالروماتزم في مفاصل اليدين. لقد كان هذا الحدث - الذي لا يسبب بالضرورة اضطرابا انفعاليا لدى الكثيرين - ذا مغزى مختلف بالنسبة لهذا الكاتب الذي يعتمد على يديه في الكتابة، ومن ثم التعبير عن النفس. فبالنسبة لهذا الكاتب كان لهذا النوع من الضغط - الذي لا يرتبط بالضرورة بالاكتئاب لدى جميع المرضى - وزن أخطر. فهذا الحدث في حالة هذا الرجل، كان يعني التعرض للحرمان من مصادر الإشباع النفسي والاجتماعي التي تحققها له الكتابة.

- وبالمثل قد يثير حدث ما، يبدو في ظاهره حدثا إيجابيا وسارا كالترقية في العمل، إلى مشاعر متضاربة عند شخص ما، إذا كان هذا الشخص يرى أن الترقية قد وضعته في موقف «تهديد» وعرضة للنقد والمراقبة، بعكس الأمان والسلبية اللذين كانت تحققهما له وظيفته السابقة.

- وأخيرا هناك ما يؤكد أن الخبرة السابقة تلعب دورا مهما في ترجمة

الأحداث التي تصيبنا ترجمة إيجابية أو سلبية. فالاستجابة للرفض، والفشل في العلاقات الزوجية أو العاطفية، يتوقف إلى حد كبير على مقدار الخبرات الشخصية السابقة. ويتثبت أحد الباحثين (Akiskal, 1987, p.270)، أنه كلما زاد تعرض الشخص لمثل هذا النوع من الخبرات، كان أكثر قدرة على التعامل مع مثيلاتها في الحاضر أو المستقبل بصورة أفضل. ولعل هذا من الأسباب التي تفسر ما يتميز به الكبار والبالغون من قدرة على التعايش ومعالجة ضغوط الانفصال، وتجارب الرفض والفشل في العلاقات الاجتماعية، وكأن تجاربهم السابقة قد منحتهم «حصانة» ومقدرة أكبر على التعامل مع الضغوط، ومعالجتها بصورة أكثر كفاءة. وذلك على العكس مما نجده من الاضطراب والنوبات الحادة من الاكتئاب واليأس الذي يصيب المراهقين، والشباب الصغير عند مواجهة الفشل في تجاربهم العاطفية أو الاجتماعية، أو غيرها.

8 أخطاء التعلم الاجتماعي واكتساب اليأس

صناديق اليأس:

قام «سيليجمان» (الرئيس الحالي لجمعية علم النفس الأمريكية) ومعاونوه منذ السبعينيات، بتصميم سلسلة من التجارب القيمة لإثبات أن الاكتئاب استجابة نتعلمها، عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان، ولا مهرب منها، أي أن نراها ميئوسا منها. وللتحقق من هذه النظرية صمم صندوقا تجريبيا قسمه إلى جزأين، يسمح للكائن (استخدم الكلاب لذلك) بالهروب إلى هذا القسم أو ذاك، عندما يجد تهديدا (صدمة كهربائية أو أصواتا حادة) في القسم الذي هو فيه. وصنع صندوق «سيليجمان» بحيث كان يسمح للكلب بأن يهرب من الجزء المكهرب إلى الجزء الآمن. وفي تجارب أخرى كان صندوق «سيليجمان» يصنع من الألومنيوم أو المعدن، حيث كانت تصدر منه أصوات رنانة منفرة، كمحاولة من «سيليجمان» وزملائه لخلق مواقف تجريبية منفرة لها نفس الأثر المهدد والمنفر للتيار الكهربائي. وما كانت تستجيب به الكلاب في هذه السلسلة من

التجارب يلخص، على نحو جيد، كثيرا من الحقائق المعاصرة في وصف الاكتئاب وأساليب علاجه سلوكيا، واجتماعيا. فغالبية الكلاب تدرب جيدا على الهروب بالقفز إلى الجزء المأمون من الصندوق، عندما كان يتم إنذارها بوقوع التهديد المتمثل في الأصوات الحادة، أو قرب حدوث انبعاث التيار الكهربائي. وتجنب الأذى في مثل هذه المواقف يمثل استجابة طبيعية، انطبقت على غالبية الكلاب، إلا مجموعة دربها المجرب على الشعور باليأس، بأن كان يوثقها في القسم المكهرب أو المعرض للضوضاء بحيث لم تستطع أن تهرب إلى القسم الآمن، عندما تتعرض للتهديد التجريبي عددا متواليا من المرات.

وكان بذلك يدرب الحيوان على اكتساب اليأس، والعجز عن السيطرة على البيئة بالطريقة التي اعتادها من قبل. ففي مثل هذا الموقف المهدد والذي «لا مفر» منه يدرك الحيوان أن الصلة بين السلوك الملائم للهروب من الخطر لم يعد مجديا. وأطلق «سيليجمان» على هذه المجموعة من الحيوانات: المجموعة اليائسة. وقد رصد «سيليجمان» ملاحظاته على سلوك الحيوان في مثل هذا الموقف من اليأس المكتسب، فكشفت عن كثير من الحقائق القيمة في فهم الاضطراب النفسي، وفي علاجه.

لاحظ ـ مثلا ـ أن الكلاب كانت في البداية تستجيب بالنباح، والسلوك المنزعج، والمتسم بعلامات الأنين والألم، والحركة الشديدة. وهي أعراض مشابهة للمعاناة التي تصيب المرضى في حالات القلق المرضي، والخوف. ومع استمرار التهديد، والعجز عن الهروب كانت الكلاب تنتقل من حالة القلق إلى حالة وصفها المجرب بالاستسلام، واليأس. فكانت تتداعى في الصندوق مستسلمة للتهديد، ولأي عدد إضافي من الصدمات الكهربائية من قبل المجرب. ولم تستجب بالهروب للجانب الآمن من الصندوق حتى بعد أن فك المجرب عنها قيودها: لقد اكتسبت حالة من اليأس، والخمود، والاستسلام للقدر المؤلم)، والعجز عن الهروب حتى ولو كانت مصادره متاحة. ويرى «سيليجمان» أن هذه الأعراض تصف نفس السلوك في حالات الاكتئاب في السلوك الإنساني، وأنها تصلح كنموذج لتفسير الاكتئاب في شكله الإكلينيكي والإنساني على السواء (Seligman, Klein, & Miller, 1976, pp.169-210).

اليأس الإنساني

يضرب «سيليجمان» مثالا لحالة أسير حرب أمريكي في الحرب الأمريكية ـ الفيتنامية. فقد تحسنت حالة هذا الأسير، وبدأت عليه علامات الصحة والتوافق حتى وهو في الأسر، عندما أبلغه الفيتناميون أنهم سيفكون أسره لتعاونه معهم، وحددوا لذلك تاريخا معينا. وكلما كان هذا التاريخ يقترب، كانت روحه المعنوية تزداد ارتفاعا. ولكن الصدمة كانت شديدة عندما تبين له في الموعد المضروب أن الوعد بفك الأسر لم يكن إلا خدعة من سجانيه، ولم تكن هناك نية لإطلاق سراحه. عندئذ أخذت حالته تتدهور، وبدأت معنوياته تتداعى، وتملكته حالة شديدة من حالات الاكتئاب، عزف خلالها عن الأكل والنوم، إلى أن مات بعد فترة قصيرة في الأسر. صحيح أن خدعة إطلاق سراح هذا الأسير لم تكن في شدة الصدمات الكهربائية التي تعرضت لها الكلاب اليائسة، ولكنها كانت ـ من الناحية النفسية ـ كافية لأن تصيبه بحالة من اليأس الشديد الذي أودى به للموت أو الانتحار.

والتشابه بين الحالة الاكتئابية عند الإنسان، وعند الحيوان في تجارب اليأس المكتسب السابقة كبير حقا. فكما في حالات الاكتئاب الإنساني نجد أن سلوك الحيوان في تجارب اليأس المكتسب، يتحول لسلوك يتصف بعدد من المظاهر القريبة من الاكتئاب الإنساني، والتي منها:

1 ـ السلبية والاستسلام في مواجهة الضغوط المهددة، وهما من خصائص السلوك الإنساني الاكتئابي. فنحن نعرف أن الاكتئاب الإنساني يتسم بقلة النشاط الحركي والاجتماعي، والعزوف عن الحركة. ويعتقد «سيليجمان» أن اكتساب هذه الخاصية لدى الحيوان شبيه أيضا بطريقة اكتسابها عند الإنسان. فالسلبية والاستسلام للصدمات الكهربائية في التجارب المعملية، يحدثان عندما يجد الحيوان أنه لا توجد صلة بين ما يقوم به من سلوك، وما يؤدي إليه هذا السلوك من عائد أو مردود.

2 ـ وعلى مستوى التغيرات العضوية، يصاب الحيوان بفقدان الوزن والهزال، ويفقد الرغبة في الأكل والشرب. وهذا شبيه بأعراض الاكتئاب لدى الإنسان، والذي نعرف أنه يتسم بفقدان الرغبة الجنسية، واضطرابات الوزن، والهزال.

3 ـ كما أظهرت نتائج الفحص الكيميائي للكلاب وهي في حالات يأسها

المكتسب أن مستوى مادة «النوربينيفرين norepinephrine» في المخ تتناقص تناقصا حادا. ومن المعروف عن هذه المادة أنها تخفف من الاكتئاب عندما تعطى بوصفها عقارا طبيا للإنسان. بعبارة أخرى، فإن العلاج الطبي للاكتئاب عند الإنسان بالعمل على رفع نسبة «النوربينيفرين»، يتسق تمام الاتساق مع ما كشفته تجارب اليأس المكتسب، من تناقص نسبة هذا العنصر الكيميائي لدى الحيوان في هذا النوع من التجارب.

4 ـ انخفاض درجة العدوانية التي ظهرت في تجارب اليأس المكتسب، يتسق مع أعراض الاكتئاب الإنساني، لدرجة أن نظرية التحليل النفسي جعلت من خاصية لوم الذات سببا رئيسيا من أسباب الاكتئاب الإنساني. وفسرت لوم الذات على أنه نتاج، وتحول عملية العجز عن التعبير عن الغضب والعدوان إلى الذات. صحيح أن انخفاض العدوان قد لا يكون بكامله نتاجا مباشرا للتفسيرات التحليلية، إلا أن هذه الخاصية تمثل أحد الأعراض الرئيسية للاكتئاب، ويتسق وجودها مع نتائج تجارب اليأس المكتسب.

5 ـ بينت تجارب اليأس المكتسب أن الحيوانات تعجز عن تذكر أو استعادة أنواع السلوك التي تعلمتها وتدربت عليها في السابق، وكان من شأنها أن تساعدها على الهروب من الموقف المنفر، وتجنب الألم. وكأنها أصبحت تدرك أنه لم يعد لديها رصيد سلوكي يساعدها على الخروج من أزماتها، بالرغم من وجود هذا السلوك ضمن رصيدها السابق. وهذه إحدى الخصائص التي تميز المكتئبين، والتي جعلت «بيك» يرى أن من أهم الجوانب المميزة للمكتئبين هي تعبيرهم الدائم عن فشلهم، حتى إن كان أداؤهم متفوقا ولا يعكس الفشل. وهناك أكثر من دليل تجريبي يؤكد دور الاكتئاب الإنساني في هذه الخاصية.

في إحدى التجارب (Miller & Seligman,1973) قُسِّمت مجموعة من الطلاب إلى قسمين هما، المرتفعون والمنخفضون في الاكتئاب بناء على درجاتهم على مقياس الاكتئاب الذي وضعه «بيك»، وهو من المقاييس المعروفة التي تستخدم في قياس مستوى الاكتئاب. وأعطيت المجموعتان سلسلتين من المشكلات التي تتطلب حلولا، وروعي أن يعتمد النجاح في اكتشاف الحلول للمشكلات في السلسلة الأولى على عامل المصادفة، بينما اعتمد

اكتشاف الحلول في السلسلة الثانية من المسائل على عامل الجهد الذاتي والمهارة والمقدرة الشخصية. وكان يطلب من أفراد كلتا المجموعتين: المرتفعين والمنخفضين في الاكتئاب ـ بعد أدائهم لكل فقرة من فقرات المشكلات ـ أن يقرروا ما إذا كانوا يتوقعون النجاح في الفقرة التالية أم لا. لقد كان الهدف هنا أن نكتشف ما إذا كانت النظرة المتفائلة للمستقبل (كما تتمثل في توقع النجاح في المشكلات التالية)، تتأثر بمدى ما يلقاه الشخص من تدعيم تمثله خبرة نجاح في حل المشكلات الراهنة؟ وهل يكون التفاؤل بين المجموعتين من المكتئبين وغير المكتئبين متساويا، إذا ما تعرضوا لخبرات مماثلة من النجاح؟ وهل النجاح والتدعيم الذي يأتي بطريق المصادفة يتماثل في تأثيراته ـ على المكتئبين وغيرهم ـ من النجاح والتدعيم اللذين يأتيان بالجهد الذاتي والمهارة؟ وإذا صدقت نظرية اليأس المكتسب، فقد كان من المتوقع ألا تتأثر توقعات المرتفعين في مستوى الاكتئاب (الذين يفترض أنهم يعانون من اليأس المكتسب)، بالنجاح سلبا أو إيجابا بمستوى أدائهم على المشكلات سواء تطلب أداؤها مهارة منهم أو لم يتطلب. بعبارة أخرى، فإن نجاح المكتئب ـ بالمقارنة بغير المكتئب ـ في حل مشكلة حتى لو تطلب حلها منه مهارة وقدرة، لن يحسن من توقعاته المستقبلية في النجاح والتفوق في حل مشكلات مماثلة، والعكس صحيح بالنسبة لغير المكتئب، أي أن توقعاته بالنجاح ستزداد بشكل ملحوظ إذا ما نجح في حل مشكلات تتطلب المهارة. أما إن كان النجاح يعتمد على المصادفة، فإننا لن نجد فروقا في توقعات المرتفعين أو المنخفضين بالنجاح. وهذا ما أيدته النتائج في هذه التجربة بالفعل، إذ تبين أن النجاح في حل المشكلات التي تتطلب مهارة ذاتية وجهدا، يخلق توقعات قوية بالنجاح، وثقة أكبر بالتفوق في حل المشكلات لدى المنخفضين في مستوى الاكتئاب، ولكن ليس لدى المرتفعين. ولم توجد بين المجموعتين فروق تذكر في حالة المشكلات التي يعتمد حلها على المصادفة.

وإذا ما انتقلنا بنتائج هذه التجربة إلى مستوى الواقع اليومي، فإن معنى ذلك أن المكتئب يبقى مكتئبا حتى بالرغم من إنجازاته الشخصية، وأن إنجازاته الشخصية ومهاراته لا تكفي وحدها لتحريره من الاكتئاب. وهي نتيجة تؤيدها بالفعل الملاحظات الإكلينيكية لسلوك المكتئبين التي تبين أن نسبة التشاؤم وتوقع الفشل تتزايد لدى المكتئب حتى إن كانت إنجازاته،

ونجاحاته الفعلية تفوق غيره بكثير. ويضيف ذلك تأكيدات إيجابية في مصلحة نظرية اليأس المكتسب في تفسير الاكتئاب، و في العلاج منه. إنها تبين لنا أن اليأس المكتسب الذي يسم سلوك المكتئبين، يؤدي إلى صبغ إدراكنا للواقع وتلوينه بلون قاتم، سواء كان لذلك ما يبرره أم لا. وفي علاج هذه المعضلة، يكمن العلاج من الاكتئاب وفق نفس المنطق، كما سنرى فيما يلي.

اكتساب الأمل:

لم يكتف «سيليجمان» بالوقوف عند مستوى وصف الظروف التي تؤدي بنا إلى هذه الحالة من اليأس، بل قدم بعض الملاحظات عن العلاج والشفاء من حالة اليأس المكتسب. فقد كان العلاج بالنسبة لكلابه هو ألا يكتفي بفك قيودها، وفتح المجال أمامها للهروب لبيئة آمنة، بل كان يعلمها ويدربها على تكوين استجابة معارضة لليأس المكتسب، أي الأمل المكتسب. ولتدريبها على اكتساب الأمل، كان يجرها عنوة من البيئة المهددة إلى الجزء الآمن من الصندوق. لقد استعادت الكلاب الأمل في الهروب والتحكم في مصيرها عندما تكرر ذلك الإجراء عددا من المرات. وفي هذه النتيجة الأخيرة، نستخلص نصيحة مهمة نوجهها للممارسين ولآباء وأصدقاء المصابين بالاكتئاب، بألا يكتفي الواحد منهم بتوجيه النصيحة للمكتئب بالتغيير، وتوجيهه لممارسة النشاطات السارة، والبعد عن النكد والتهديدات، بل وأن يقوم الواحد منهم بدور أكثر إيجابية لتحقيق أي مكاسب علاجية لدى المريض، بالمساهمة معهم في الخطة العلاجية، وحثهم الدائم على ممارسة الاستجابات العلاجية عددا من المرات، حتى يكتسب المريض الخصائص الملائمة والمشجعة على التغير الإيجابي واستعادة الأمل في الشفاء.

افتقاد التدعيم وصناعة اليأس

وتمثل سلسلة التجارب السابقة لـ «سيليجمان» ومعاونيه، نموذجا طيبا للمدخل الذي تتبناه نظرية التعلم في تفسير الاكتئاب، وشرح الجوانب الغامضة فيه وعلاجه، وهو مدخل بدأت خيوطه الأولى بتجارب «ليفينسون» وزملائه منذ الستينيات من هذا القرن، والتي ساهمت بدورها في فهم

بعض جوانب الاكتئاب تشخيصا وعلاجا. تبنى «ليفينسون» مفهوما مقاربا سماه تناقص التدعيم، أو افتقاد التدعيم reduction in reinforcement، الذي أصبح من المفاهيم الرئيسية في تفسير الاكتئاب وشرحه حالما يتوقف الشخص عن ممارسة نشاطاته المعتادة التي كانت تلقى التدعيم من قبل (بسبب فقدان موضوع الحب، أو فقدان أي مجال من مجالات النشاط الاجتماعي أو المهني)، بما في ذلك مثلا: الموت أو الطلاق أو فقدان العمل، تصبح أنماط السلوك الجديدة هي المصدر الرئيسي للتدعيم. بعبارة أخرى، فإن أنماط الرثاء الخارجي والعطف التي يلقاها المكتئب، تتحول إلى مصدر رئيسي من مصادر تطور الاكتئاب، وتدعيمه أكثر فأكثر.

وإذا شئنا أن نوضح المساهمات الرئيسية في تفسير الاكتئاب وفق نظرية التعلم الاجتماعي فإننا نجدها متمثلة في عدد من النقاط، يمكن لنا صياغتها على النحو الآتي:

1 - يؤدي الشعور بالاكتئاب، وما يصاحبه من الأعراض السريرية، كالتعب إلى خفض مستوى الطاقة والنشاط، وبذلك تقل مصادر التدعيم.

2 - يؤدي انخفاض مستوى التدعيم بدوره إلى خفض النشاط أكثر فأكثر، وبالتالي تنخفض فرص التدعيم أكثر فأكثر.

3 - وتتوقف كمية التدعيم الإيجابي التي يلقاها الفرد على ثلاثة مصادر، هي:

- التدعيمات الممكنة نتيجة لخصائص ومميزات شخصية أو جسمية في الفرد، مثل عمره، ومستوى جاذبيته للآخرين، وانتماءاته القومية أو الجنسية.

- التدعيمات التي يمكن أن تتاح له نتيجة للوضع البيئي له، كأن ينشأ في أسرة متيسرة، بدلا من أن ينشأ في بيئة فقيرة، أو أن ينشأ في بيئة أسرية آمنة، بدلا من أن ينشأ في بيئة مهددة للأمن والحرية كمؤسسة أو سجن أو معتقل... الخ.

- التدعيمات الممكنة نتيجة لرصيده السلوكي بما في ذلك مهاراته الاجتماعية، ومهنته. فالشخص الذي يتقن مهارات متنوعة في التفاعل الإيجابي مع الآخرين، ويحتل في نفس الوقت وضعا مهنيا أو عملا يحقق رضاه، يكون أقل عرضة للاضطراب النفسي والاكتئاب من الشخص

المتصلب، والعاجز عن تكوين مجال مهني يحقق رضاه.

ومن ثم أجرى «ليفينسون» وزملاؤه عددا من الدراسات كشفت عن مصداقية هذه النظرية. فمثلا تبين بالفعل أن مستوى النشاط لدى المكتئبين يقل عن غيرهم، وأن هناك علاقة مطردة بين زيادة الاكتئاب، والتباعد الاجتماعي، وخفض مستوى الفعل والحركة. كذلك تبين أن المكتئبين يتفاعلون بأعداد أقل من الناس بالمقارنة بغير المكتئبين، وأن مستوى نشاطهم اللفظي كما يتمثل في حجم الكلام، وطول الجملة، وطريقة النطق كلها تتأثر بالحالة الاكتئابية.

ولهذا حقق «ليفينسون» وزملاؤه نجاحا ملحوظا في تطوير أساليب من العلاج السلوكي للاكتئاب، تعتمد أساسا على التدعيم الإيجابي للنشاط البناء والمهارات الاجتماعية، مع التدعيم السلبي للسلوك الاكتئابي. كذلك تبين أن الاكتئاب يتزايد في كثير من الحالات والتغيرات البيئية السلبية كالهجرة والطلاق، وموت الأعزاء، والتقاعد عن العمل، أي المواقف والتغيرات التي ينتج عنها فقدان رئيسي لأحد أو لمجموعة من مصادر التدعيم، مما يؤكد وجهة النظر هذه، ويضيف إلى مصداقيتها العلمية. للمزيد عن التفسير الاجتماعي للاكتئاب انظر: Neale, 1974; Ibrahim, (Davision & 1990; .(Lewinsohn,1984

ولعل من المفيد أن نلاحظ هنا أن المدخل الذي تبنته نظرية التعلم والاكتساب، يختلف نسبيا عما تتبناه نظرية التحليل النفسي. لكن بالرغم من الاختلافات العميقة بين نظريتي التحليل النفسي والتعلم، فإن هناك تشابهات متعددة في تفسير كل منهما لمفهوم الاكتئاب. فوجهة النظر الفرويدية التي ترى أن الاكتئاب ما هو إلا نتيجة مباشرة لفقدان الحب في المراحل المبكرة من العمر، يمكن صياغتها وفق مدرسة التعلم، بأن افتقاد التدعيم والاهتمام نتيجة لموت أو فقدان من نحب يحرمنا مصدرا هائلا من مصادر الدعم النفسي والمعنوي، مما يجعلنا مستهدفين لليأس والاكتئاب، بل ويعرضنا أيضا للتهديد والألم المستمر الذي يكفي في حد ذاته إلى خلق اليأس. والفرق بين نظريتي التعلم والتحليل النفسي فيما يتعلق بهذه النقطة أن نظرية التعلم لا تحصر الفقدان في موت موضوع الحب فحسب، بل تراه يمتد ليشمل فقدان أي موضوع سواء كان شخصا أو مجالا من مجالات

النشاط المهني والاجتماعي. ولهذا ترى نظرية التعلم أن الاكتئاب ما هو إلا نتيجة مباشرة لخسارة شخص أو مهنة أو علاقة اجتماعية، كانت من قبل مصدرا ثريا من مصادر الاهتمام التدعيم. فضلا عن هذا ترى نظرية التعلم، أن الاكتئاب يمكن أن يحدث في أي فترة زمنية، ولا يقتصر ظهوره على فقدان موضوعات الحب في المراحل المبكرة من العمر فقط، كما زعمت بعض نظريات التحليل النفسي.

ولا يخفى ما كان لنظرية التعلم من آثار عميقة في تبلور جانبين رئيسيين من جوانب فهم الاكتئاب: تشخيصا وعلاجا. فمن جهة، بدأت الأنظار تتجه إلى دراسة ما يسمى بالضغوط الاجتماعية والنفسية، بصفتها من العوامل الرئيسية المساهمة في اكتساب السلوك الاكتئابي. ومن جهة أخرى، ساعدت على تبلور إحدى أهم الثورات في العلاج النفسي للاضطرابات النفسية والعقلية بما فيها الاكتئاب، ونعني هنا ما يسمى بحركة العلاج السلوكي متعدد المحاور، التي طورت كثيرا من الأساليب والفنيات العلاجية للتعامل مع الضغوط، وأزمات الحياة.

٩ اضطراب السلوك الاجتماعي وفقر المهارات الاجتماعية

هل يصعب عليك:

- أن تعلن رأيك بصدق عندما يطلب منك ذلك؟
- أن تعبر عن غضبك دون أن تنفجر وتثور؟
- أن توجه نقدا بناء في الوقت الملائم؟
- أن تعبر عن مشاعرك الشخصية بالود والصداقة نحو الآخرين؟
- أن تمتدح سلوكا طيبا أو أن تعبر عن إعجابك بسلوك شخص ما؟
- أن تقول «لا» عندما تعني فعلا ذلك؟
- أن تظهر اهتمامك بالآخرين، سواء بالإنصات، أو الاحتكاك البصري؟
- أن تحافظ على تعبيرات وجهية وبدنية ودودة؟

العبارات السابقة تعبر عن نمط من العلاقات بالآخرين، والتي تكشف الفصول الحديثة في كتب علم النفس عن أهميتها للصحة النفسية، بما فيها وقاية الفرد من أحاسيس العزلة والتوتر كخاصتين من الخواص المرتبطة بنمو المشاعر الاكتئابية، وغلبتها على الفرد. فمن الموضوعات التي يدرسها علماء النفس (وتحتل موقعا مهما من كتب الطب

﴿إن الله لا يحب الجهر بالسوء من القول إلا من ظلم﴾

صدق الله العظيم

«اللهم إني أعوذ بك من أن أظلم أو أُظلم»

حديث شريف

«سألت الشيخ عبد ربه التائه:

. متى يصلح حال البلد؟

فأجاب:

. «عندما يؤمن أهلها بأن عاقبة الجبن أوخم من عاقبة السلامة»...

نجيب محفوظ: أصداء السيرة الذاتية

النفسي، أيضا): موضوع العلاقة بالآخرين وإلى أي مدى يمكن أن تكون هذه العلاقة مصدرا للاضطراب؟ وإلى أي مدى يمكن أن يوجه الفرد هذه العلاقة بحيث تكون مصدرا للإشباع، والصحة.

إن مسألة ارتباط الصحة النفسية بالنجاح في العلاقات الاجتماعية، مسألة قديمة وحديثة معا. فمنذ قرون طوال اهتم الفلاسفة والعلماء واليونانيون والمسلمون بأهمية تكوين علاقات طيبة، وآمنة مع الآخرين وما تتركه من آثار إيجابية في الصحة الجسمية والنفسية للفرد. فهذا ابن المقفع صاحب «الأدب الكبير» (1912)، و «الأدب الصغير» (1911) يضع لنا أشبه ما يكون بفلسفة متكاملة للصحة، التي يجعل أحد محاورها الرئيسية حسن التعامل مع الناس، والتواصل معهم. فمن ضمن الخصال التي يراها علامة على «صلاح المعاش، والمعاد، والسبيل... إلى العقل الصحيح، وأمارة صحة العقل»، أن يتميز]الإنسان[بخصال مثل الإيثار بالمحبة. يقول «أما المحبة، فإنها تُبَلّغ المرء مبلغ الفضل في كل شيء من أمور الدنيا والآخرة حين يؤثر بمحبته. فلا يكون شيء أمرأ]أجمل[، ولا أحلى عنده منه» (ص 32). ولم يكتف العلماء العرب والمسلمون بإبراز هذا الجانب الاجتماعي على المستوى العام فحسب، بل فصلوا في شروطه، وصاغوا كثيرا من النصائح التي يتفق بعضها على نحو جميل مع معطيات علم النفس الحديث ودراساته وتجاربه المعاصرة، التي أرجو أن يتسع عمري لأعكف على تقديمها للقارئ في دراسة مستقلة.

وفي العصر الحديث، يعالج خبراء الصحة النفسية والعقلية مشكلة التفاعل الاجتماعي، وتكوين العلاقات الاجتماعية بالآخرين بصفتها من المشكلات التي تعتبر مصدرا من مصادر الضغط والتوتر، والتي يرتبط النجاح في معالجتها بالصحة النفسية والفاعلية الشخصية. لهذا نجد علماء النفس، وعلماء الصحة النفسية، والعلاج النفسي يفردون لهذا الجانب اهتماما خاصا في تدريباتهم، وعلاجاتهم النفسية والاجتماعية للمرضى والأسوياء سواء بسواء.

وهم بذلك، يهدفون إلى تدريب مرضاهم على معالجة التوترات والضغوط النفسية، التي ترتبط أو تنتج مباشرة عن القصور والاضطراب في علاقاتهم الاجتماعية.

عندما تضطرب علاقاتنا بالآخرين

في مواقف التفاعل الاجتماعي السليم والصحي، عادة ما يدخل طرفان أو أكثر في علاقات يتبادلان خلالها التواصل، والتفاعل، بما في ذلك تبادل المشاعر وتناقل المعلومات، والتأثير والتأثر المتبادل. ويمكن أن نتعرف على ما حققه هذا التفاعل من نجاح، إذا وجدنا رغبة متبادلة من الأطراف الداخلة فيه لتكراره من جديد. بعبارة أخرى، تكتسب العلاقات الاجتماعية نجاحها، وقيمتها من حرص كل الأطراف على تكرار التواصل بالآخرين، وخلق الفرص لتحقيق المزيد منه أو من المواقف المماثلة له. ولكي تحقق العلاقات الاجتماعية هذا الهدف، يجب أن تكون لها جاذبية تكفي لخلق هذا الحرص المتبادل لتكرارها. أي لابد أن تتحقق لكل الأطراف الداخلة في التفاعل والتواصل الاجتماعي بعض المكاسب، بما فيها المكاسب النفسية كالشعور بالتقدير، أو أننا موضع الاهتمام أو المودة...الخ. وتعزز هذه المكاسب بدورها من جاذبية هذه العلاقات. وتجدنا من ثم ننشط، ونبذل جهدا أكبر لإنجاح هذه المواقف والعمل على استمرارها، وتزايدها.

وتمثل هذه الحقيقة البسيطة مشكلة أساسية بالنسبة للمريض النفسي، بما في ذلك كل أشكال المرض النفسي: عصابيا كان أو ذهانيا. فمن المعروف أن السلوك الاجتماعي في حالات القلق، يتسم بخصائص تتذبذب بين أقطاب متعارضة كالانصياع الشديد، والعدوان، والخجل، والاندفاع (انظر إبراهيم، 1991). ولهذا نجد قصورا شديدا في قدرة الأفراد، في حالات القلق، على تبادل المشاعر الإيجابية بما فيها من دفء أو فاعلية، مما يؤثر في كفاءتهم وقدرتهم على التفاعل الاجتماعي. وتتحسن قدراتهم، ويقل قلقهم بدرجة ملحوظة عندما نضع ضمن خططنا العلاجية لهم ما يساعدهم على معالجة الضغوط الاجتماعية، وحرية التعبير الانفعالي.

وبالنسبة لمرض عقلي شائع هو الفصام، نجد أن جزءا كبيرا من الأعراض الفصامية يمكن فهمها في ضوء ما يسمى بفقر المهارات الاجتماعية، وضعف القدرات التكيفية، ويتمثل ذلك في القصور العام لدى الفصاميين، وضعف قدراتهم على حل المشكلات الاجتماعية التي تواجههم، وعجزهم الواضح في التعامل الفعال مع الصراعات الاجتماعية والأزمات. ومن ثم نجد اهتماما علاجيا واضحا هذه الأيام، في التركيز على زيادة مهارات الفصاميين في

حل المشكلات، والتعامل بفاعلية مع الآخرين، بما في ذلك تدريبهم على فنون الاحتكاك بالمجتمع وبالأسرة. ويكشف استخدام هذه الأساليب عن نتائج إيجابية واضحة تتعلق بتعديل السلوك المضطرب لدى الفصاميين. فقد قللت من الآثار السلبية للمرض العقلي، وزادت من كفاءتهم على الرعاية المستقلة للنفس في مواقف الخطر والأزمات (e.g.Sprafkin, Gershaw, &. Goldstein,1993). وعلى سبيل المثال بينت دراسة حديثة أجريت على مجموعة من الفصاميين، أن نسبة الانتكاس وصلت إلى 17٪ فقط في المجموعة التي خضعت لبرنامج علاجي، ركز على صقل المهارات الاجتماعية بتدريب جميع أفراد الأسرة الفصامية (بمن فيهم المريض نفسه)، على التواصل الجيد بين أفراد الأسرة، وتبادل المشاعر الإيجابية فيما بينهم، وذلك مقابل 83٪ انتكسوا في المجموعة التي لم تتلق هذا التدريب، واعتمدت على العلاج الكيميائي فقط. بالإضافة إلى ذلك تحسن حال المرضى الذين خضعوا لبرنامج التدريب، فقلت نسبة العودة للمستشفى، وتناقصت كمية الأدوية المضادة للذهان والتي كانوا يتعاطونها، كما زادت أمامهم فرص النجاح الاجتماعي والمهني (Falloon, Boyd,& McGill, 1984; Bellack, & Muesser,1990,). هذا بالرغم مما في مرض الفصام من مخاطر، ومقاومة للكثير من أشكال العلاج النفسي والطبي الأخرى.

اضطراب السلوك الاجتماعي في حالات الاكتئاب

كذلك تمثل الصعوبات الاجتماعية التي تواجه الشخص في حالات الاكتئاب، تمثل مشكلة أساسية. ويلخص لنا «جودوين» و «جاميسون» عددا كبيرا من البحوث التي تكشف عن الصعوبات الاجتماعية التي يعاني منها المكتئب، خاصة عندما تسيطر عليه الحالة الوجدانية المرتبطة بالاكتئاب. فقد بينا مثلا بالاعتماد على استقصاء عدد جم من البحوث أن المكتئبين بالمقارنة بغير المكتئبين، يعانون من اضطراب العلاقات الاجتماعية في الأسرة والعمل حتى بعد علاجهم من الاكتئاب بالوسائل الطبية ـ الكيميائية. أي أن العلاج الطبي باستخدام العقاقير أو بغيرها، لا يؤدي وحده وبمفرده إلى علاج جوانب القصور في السلوك الاجتماعي وتحسين العلاقات. وتزداد الصعوبات الاجتماعية بصورة أكبر عند المكتئبين خاصة عند التعامل مع

الغرباء. وتمتد الصعوبات الاجتماعية لتشمل الاضطراب في عمليات التواصل اللغوي والاجتماعي، فحجم الكلام لديهم أقل، ونبرة الصوت تميل للخفوت، والوهن. ويثير المكتئب إزعاج أسرته، ورفاقه، وأقاربه بسبب ميوله الشديدة للاعتماد على الآخرين، وحساسيته الشديدة للرفض ومقاومته للتوجيه. وربما نتيجة لهذا أو بسبب هذا تبين بالفعل أن الآخرين يقيِّمون المكتئبين تقييما سلبيا. ففي عدد من الدراسات ذكر الأشخاص في تقييمهم للمكتئبين مقارنة بغير المكتئبين بأنهم لا يفضلون المكتئب صديقا أو زوجا للمستقبل (انظر تلخيصا لهذه النتائج في Goodwin & Jamison, 1990, p.305. وتبين دراسات أخرى أن التقييم السلبي الذي يلقاه المكتئبون من الآخرين، يمثل نتيجة متسقة تظهر في أكثر الدراسات في غالبية المجتمعات الإنسانية (Gurtman,1986). ولهذا تزداد المشكلات الاجتماعية لدى النساء أكثر من الذكور، حتى بين المتزوجات منهن. فقد اتصفت البيئة الأسرية والعلاقات الزوجية في حالات الاكتئاب بالتوتر والضغط النفسي. ووصفت المكتئبات حياتهن الزوجية بأنها تتسم بالمشاحنات، وعدم التواصل الجيد، وإساءة الفهم، وتبادل الاتهامات، والعداوة (Goodwin & Jamison, 1990, p.305). وتزداد نسبة الطلاق بين المكتئبين والمكتئبات على السواء.

ومن غير المعروف ما إذا كان الاكتئاب هو الذي يؤدي إلى توتر العلاقات الاجتماعية، بما فيها اضطراب العلاقات الأسرية وتزايد نسبة الطلاق، أو ما إذا كان الشعور بالاكتئاب نتيجة للصعوبات والاضطرابات الاجتماعية؟ إلا أن هناك من يؤكد أن «الاكتئاب المرتبط بالطلاق، يمكن أن يكون سببا أو نتيجة أو (كليهما) للمشاحنات الزوجية» (Briscoe & Smith,1973).

ونجد من جهة أخرى أن العزوف، أو الافتقار إلى مهارة الدخول في مواقف تفاعل إيجابي مع الآخرين، يمثل أحد العناصر الرئيسية في تعريف هذا المفهوم. ومن ثم، يجد المكتئب - بسبب عزوفه، وافتقاده لمهارة المبادرة في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة وفعالة - أمامه فرصا محدودة لتكوين وتعزيز مهاراته الاجتماعية في التبادل، ومجالات ضئيلة لاكتساب الخبرة الكافية لتعميق علاقاته بالآخرين. ويخلق له هذا بدوره مشكلة إضافية عندما يضطر إلى الدخول في التفاعلات الاجتماعية المحدودة المتاحة له. إذا سيتعرض بسبب قصوره، وفقر مهاراته الاجتماعية لكثير من الخبرات

غير السارة التي تدفعه لمزيد من العزلة والانزواء، وتزايد إحساسه بالكآبة.

ومن مآسي الاكتئاب، أيضا، أنه يحولنا ضحايا لنمط واحد من الانفعالات والأفعال السلوكية التي يغلب عليها مذاق السلبية، واللوم الذاتي، وتجريح النفس، والبكاء، والكآبة. ومن ثم فإننا في حالة الاكتئاب نتصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة بطريقة تخلو من الاعتزاز بالنفس، وتقدير إمكانياتنا الشخصية. فمن خصائص الاكتئاب، أن الشخص في مثل هذه الحالة يصف نفسه بالفشل، ويعجز عن أن يرى إمكانيات النجاح والتفوق فيما يفعل، حتى ولو كان أداؤه الفعلي متفوقا عن غيره (Miller & Seligman,1973). ومن الطبيعي في مثل هذه المواقف، وبهذا الاتجاه، أن يجد المكتئب في العلاقات الاجتماعية عبئًا يخلو من الإشباع، ولا يحصل منها على ما تحمله هذه المواقف أحيانا من مكاسب، أو تقدير. فهو يدخل هذه المواقف ـ المحدودة في الأساس ـ بموقف الضعيف، الخائف من الرفض، أو الانتقاد، والباحث عن التأييد.

والحقيقة أن البحوث أيدت أن هناك جوانب كثيرة من الاكتئاب، تجعل علاقة المكتئب بالعالم الاجتماعي مصدرا للضيق والتعاسة والاضطراب. فالمكتئبون، مثلا:

1 ـ يفتقرون للإيجابية في المواقف الاجتماعية.

2 ـ يجدون صعوبة شديدة في بدء علاقة، أو المبادرة عند الرغبة في خلق علاقة جديدة.

3 ـ كما تبين من ملاحظة سلوك المكتئبين في المواقف الاجتماعية المختلفة، أنهم أقل من غيرهم تفاعلا، وتبادلا سواء تعلق ذلك بحجم الكلام أو الأفعال المطلوبة في مثل هذه المواقف، أو ملاءمتها لموقف التفاعل وطبيعة العلاقة الاجتماعية.

4 ـ كذلك يصفهم الآخرون بالجمود، والتصلب، والافتقار للمهارات الاجتماعية الضرورية للنجاح والتفاعل.

5 ـ يعاني المكتئبون من حساسية قوية عند دخولهم في مواقف تفاعل، بما في ذلك حساسيتهم الشديدة للرفض، أو التجاهل. ونتيجة لهذا يتعرضون في مواقف التفاعل لكثير من الإحباطات، ومشاعر التعاسة، وعدم السرور، مما ينفرهم فيما بعد من فرص الاحتكاك بمواقف جديدة.

6 ـ فضلا عن هذا، تبين أن المكتئبين في خلال علاقاتهم بالآخرين لا يحسنون التعبير عن أنفسهم، أو الدفاع عما قد ينسب إليهم من أخطاء أو تصرفات.

بعبارة أخرى، يوجد ما يدل وبقوة على أن الاكتئاب في كثير من جوانبه يرتبط بفقر واضح في المهارات الاجتماعية. حتى أننا نجد أن من محكات التشخيص الطبي للاكتئاب أن يتسم السلوك بوجود قدر واضح من الاضطراب في السلوك الاجتماعي، والافتقار للمهارة الاجتماعية.

ومن غير المعروف، ما إذا كان اضطراب السلوك الاجتماعي يعتبر نتيجة من نتائج الاكتئاب، أو سببا له. والأغلب أن العلاقة بينهما ـ مثلها في ذلك مثل كثير من العلاقات التي تصف السلوك في علاقته بالأمراض النفسية ـ أقرب ما تكون إلى ما يسمى بالعلاقة الدائرية (الحلقة المفرغة). ففي حالة الاكتئاب يجد الشخص نفسه عزوفا عن الاحتكاك والتفاعل الاجتماعي ـ الإيجابي. ويؤدي فشله في ذلك إلى تدعيم اكتئابه. كما أن العكس صحيح، فوجود رصيد ضعيف من المهارة الاجتماعية، والفشل المتكرر في العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى الإحباط ومشاعر الفشل، والتعاسة التي بينا أنها تصف الاكتئاب وتميزه.

وأعتقد ـ شخصيا ـ أن إثارة السؤال على النحو السابق، عن طبيعة العلاقة بين الاكتئاب والفشل في السلوك الاجتماعي، أيهما السبب وأيهما النتيجة؟ سؤال جدلي ونظري إلى حد كبير . أما من الناحية العلاجية والعملية، فقد تبين أن تعديل السلوك الاكتئابي وعلاجه ـ بالطرق الدوائية مثلا ـ تصحبه بعض التغيرات الإيجابية في المهارات الاجتماعية، والفاعلية في العلاقات الشخصية. كما تبين أن تدريب المهارات الاجتماعية لدى المرضى بالاكتئاب والعاديين، تصحبه تغيرات علاجية واضحة في الشخصية، بما فيها انخفاض مستوى الاكتئاب أو الشفاء منه، والاستجابة الجيدة للعلاج الطبي والعقاقير المضادة للاكتئاب. ومن ثم نجد اهتماما واضحا بين المعالجين المعاصرين في اتجاه تدريب المهارات الاجتماعية، وتطويرها لدى المكتئبين بوصفها وسيلة من وسائل علاج الاكتئاب. ولحسن الحظ، نجد ثروة ضخمة من الحقائق والنتائج العلمية التي تبين على نحو واضح أن تدريب هذه المهارات أمر ممكن، وأن تدريبها وتطوير إمكانات الفرد على

ممارستها يؤديان إلى تغيرات إيجابية في الصحة النفسية، بما فيها انخفاض مستويات الاكتئاب. ومن المهارات الاجتماعية التي تبين أن تدريبها يؤدي دورا مهما في تنمية الرصيد النفسي الصحي: تدريب الفرد على التعبير الحر والتلقائي عن النفس، وتشجيعه على الدفاع عن حقوقه الشخصية إذا خرقت دون وجه حق (تأكيد الذات). كذلك تبين نتائج إيجابية مماثلة فيما يتعلق بتدريب الفرد على اكتساب المهارة حل الصراعات خلال التفاعلات الاجتماعية، بما في ذلك التصرف وفق مقتضيات الموقف، ومعالجة مشاعره السلبية في مختلف هذه المواقف بما في ذلك الغضب، والقلق، والعدوان، والانسحاب. ولهذا سنتعرض فيما بعد لشرح بعض الفنيات العلاجية، والإجراءات الملائمة لتطبيقها علاجيا، لهاتين المهارتين، وهما:

1 ـ التوكيدية، وتدريب القدرة على حرية التعبير عن المشاعر.

2 ـ مهارات التفاعل الاجتماعي، ومعالجة الصراعات في المواقف الاجتماعية.

10 أساليب من التفكير تصنع الاكتئاب

«سيدة في الخامسة والثلاثين من العمر تحمل درجة الدكتوراه من إحدى الجامعات المعروفة، وهي من الناحية المهنية ناجحة، وتتميز اجتماعيا بقدر من الجاذبية، والطلاقة في الحديث، والثقافة. وكل ذلك يعطي انطباعا طيبا لكل من يتعامل معها من الزملاء في العمل. تنتمي هذه السيدة، ولنسمها «ساهرة» إلى أسرة مرتفعة من حيث السلم الاقتصادي الاجتماعي. و «ساهرة» متزوجة من طبيب، أنجبت منه ثلاثة أطفال يعيشون معهم في المنزل. كنت قد تقابلت مع «ساهرة» في استشارة سريعة منذ ثلاث سنوات، وكانت آنذاك في إجازة تقضيها خلال بعثة تعليمية لها في الولايات المتحدة، وكان ذلك في الفترات الأولى من زواجها، وبعدها عادت إلى أمريكا لتلتحق هناك بزوجها الذي كان بدوره يقوم بدراسات عليا مماثلة. وانقطعت أخبارها عني لمدة ثلاث سنوات، عندما أنهت دراساتها العليا، وعادت للعمل في منطقة مجاورة. اتصلت بي يوما وهي تقاوم بكاءها، وطلبت أن تراني في أقرب فرصة ممكنة لأنها تحتاج إلى العلاج من

حالة شديدة من الاكتئاب تتملكها. عندما قدمت إليّ في الموعد المضروب فوجئت بالتغير الشديد عليها، فقد بدت كما لو كانت قد كبرت في السن، وقد بدا إهمال واضح في هندامها، ورعايتها الصحية لنفسها. كان من الواضح أن ما رسمته الأيام عليها من تغيرات بدنية وصحية، لا يتناسب قط مع وضعها المهني، ولا ينسجم مع الصورة التي بدت بها خلال لقائنا الأول. بدأت شكواها بنوبة من البكاء، ومن الرثاء الذاتي، فكل شيء فيما يبدو منهار تماما أو على وشك الانهيار، الزوج لا يصلح لأنه قاس، ويكثر من نقدها والسخرية منها، وكلما حاولت أن تتقرب إليه كان يبعد وينفر. أولادها لا يمكن ضبطهم، وتعجز عن تنظيم وقتهم، مما أدى إلى تخلفهم الدراسي، وشكوى المدرسة من عدم احترامهم للنظام أو للفصل. وزوجها ينسب إليها فضلا عن ذلك مسؤولية الانهيار الأسري، ويهدد بالطلاق كثيرا. وتتلقى أحيانا مكالمات هاتفية من امرأة تبلغها بأنها على علاقة بزوجها. الأبوان منزعجان ويخشيان من التدخل خوفا من أن يفسدا حياتها الزوجية، وتسبب لهما فكرة الطلاق والانفصال الأسري ذعرا شديدا خاصة للأم. راجعت «ساهرة» في السابق الطبيب النفسي في المؤسسة التي تعمل بها، فوصف لها مجموعة من المهدئات بما فيها «الأتيفان Ativan» وأوشكت أن تصبح مدمنة عليه، مما زاد من ذعرها. ذكرت أن كل محاولاتها لإنجاح العلاقة الزوجية قد فشلت، بسبب زوجها الذي وصفته بالقسوة، وفقدان رغبته الجنسية فيها. وتأثرت علاقاتها في العمل فأصبحت تشك في إمكانياتها، وباليأس في أن تصل إلى النجاح الذي كانت قد رسمته لنفسها في عملها الواعد، وقالت إنها أصبحت لا تطيق الخروج ولا تستمتع بصداقات جديدة أو قديمة. وذكرت أنها غاضبة على والديها بسبب تقاعسهما في حل صراعاتها مع الزوج. وأضافت: إنني أشعر بالوحدة، وإنني فشلت في تربية أطفالي، أتمنى لو أنني كنت ميتة. وأضافت أنها لا تجد الطاقة لعمل أي شيء إيجابي في حياتها، يخرجها من محنتها. حتى الرغبة في الصلاة أو في كتابة الشعر التي كانت تشدها وتجتذبها في السابق، لم تعد تجتذبها كالماضي.

أعطيت ساهرة مقياس بيك للاكتئاب، وكانت درجتها عليه هي: 20 أي أنها بحسب المعايير المحلية تقع في فئة اكتئاب يحتاج إلى المعالجة المهنية.

ليس من الصعب بعد الاطلاع على الحالة السابقة أن نتبين، ونعي الآثار العميقة التي يتركها الاكتئاب، فعلى مستوى المشاعر والانفعالات، نجد بوضوح، هنا:

- هبوطا حادا في المزاج.
- انهيارا في صورة الذات، والإحساس بالفشل.
- الوظائف البدنية التي كانت في السابق نشطة وفعالة، تصبح الآن عسيرة، ومتعذرة.
- القدرة على الحركة والنشاط، واتخاذ القرارات، تصبح جميعها ثقيلة أو شبه مشلولة.
- بعبارة أخرى، الإنسان في مثل هذه الأحوال يشعر كأنه في الحضيض، أو كأنه يسقط في هاوية لا قرار لها ولا مفر من السقوط فيها، فيما ذكرت مريضتنا أعلاه.

ترسم هذه الصورة، بشكل نموذجي ما يحدث من اضطراب في الانفعالات والشخصية الإنسانية في حالات الاكتئاب، وهي صورة مألوفة للأطباء النفسيين، وغيرهم ممن يتعاملون مع حالات الاكتئاب. ولكن التركيز على الاكتئاب بصفته اضطرابا في الانفعالات فحسب، قد يوحي بأن نعالجه طبيا كأي اضطراب انفعالي باستخدام العقاقير المهدئة، أو العقاقير المضادة للاكتئاب. صحيح أن هذه المركبات الطبية، أقل تكلفة من العلاج النفسي أو السلوكي، وصحيح أنها تنفع البعض، ولكنها لا تخلو من مشكلات. فهي:

1 ـ لا تؤدي إلى النتائج الإيجابية نفسها مع جميع المرضى بالاكتئاب، وتشير البحوث الأمريكية إلى أن نسبة من يستفيدون من هذه العقاقير الطبية، لا تزيد في أحسن الأحوال على 65٪ (Beck, 1979, p.2). ولهذا فلابد أن تكون هناك طرق أخرى لرعاية وعلاج النسبة المتبقية.

2 ـ كذلك توجد بين الذين يستجيبون للعلاج الكيميائي، نسبة عالية إما ترفض تعاطي هذه الأدوية لأسباب شخصية، أو بسبب بعض الآثار الجانبية التي تنفرهم من الاستمرار في تعاطيها.

3 ـ العلاج الكيميائي كما يعرف الأطباء النفسيون ليس علاجا، ولكنه ضبط للأعراض، ولا يعتبر بديلا عن العلاج النفسي والاجتماعي، القائم على تدريب المهارات الشخصية والاجتماعية.

4 ـ أن الاعتماد على العلاج الكيميائي للاكتئاب لفترة طويلة من شأنه أن يقلل فرص المريض فيما بعد في تنمية مهاراته الشخصية، في معالجة مواقف الاضطراب في حياته، إذ قد يتصور أن المعالجة الكيميائية هي كل ما يحتاج إليه. ومن ثم تضيق أمامه فيما بعد فرص التنمية الذاتية، وتكوين المهارات الاجتماعية والذهنية، المطلوبة لتنمية حياة سعيدة وفعالة.

5 ـ فضلا عن هذا وذاك، فإن الأعراض الانفعالية التي تصيب المكتئبين، قد تكون ناتجة عن ـ أو مستندة إلى ـ كثير من الأفكار الخاطئة من التفكير التي يتبناها المريض عن نفسه وعن عالمه. هذه حقيقة يعرفها الأطباء النفسيون، ويفردون لها فصولا مهمة في كتبهم ومقرراتهم الدراسية، ولكنهم ولأمر ما يتغافلون عنها في الممارسة الفعلية.

ولنعد لـ «ساهرة». صحيح أنها جاءت بقائمة من الاضطرابات الانفعالية التي وصفناها ووصفتها هي في جلساتها العلاجية على نحو دقيق. ولكن البحوث العلمية الحديثة (انظر مثلا: Burns, 1992, pp.28-29)، بينت أن التغيرات الانفعالية في المزاج، والشعور بالانهباط والاكتئاب هو في حقيقة الأمر نتيجة لأخطاء في التفكير، وتبني أسلوب متشائم، ونظرة انهزامية للموقف. فمن بين لغة الألم والأنين التي جاءت بها «ساهرة»، تستطيع أن تتبين كثيرا من التصورات الانهزامية والتشاؤم. فهي تردد كثيرا من العبارات التي منها:

- لم يعد بمقدوري تحمل ذلك.
- لا يوجد من يسندني.
- حتى والداي يبدوان وكأنهما نفضا أيديهما عني.
- مسكينة أنا.
- إنني جديرة باللوم.
- كيف لأي إنسان أن يحتمل ما أنا فيه؟
- كيف أنمو في مثل هذا الجو؟
- أنا لا أستحق حتى أن أكون دكتورة.
- كيف لي وأنا دكتورة أن أُهان؟
- أستحق كل ما يقع لي... الخ.

بعبارة أخرى، إننا نجد هنا حالة إنسانية بالرغم من تفوقها العلمي

والأكاديمي، فإنها تبنت ـ بلغة الصحة النفسية ـ فلسفة لاعقلانية، امتلأت بالتشاؤم، وامتهان الذات، والتركيز على الجوانب السلبية من الحياة. وفي مثل هذه النوعية من التفكير تقع حياة الشخص في فوضى انفعالية، وتتأرجح بين الغضب المكتوم، والعجز واليأس. ومن المؤكد أن نجاحها في العلاج لا يمكن أن يتم دون انتباه لهذه الجوانب الفكرية الخاطئة، وبمحاولة استبدالها بأفكار أكثر عقلانية.

وهذا هو في واقع الأمر، ما يجب أن ننتبه له في حالات الاكتئاب. أي أن تعرف، كما حاولنا أن نعرف«ساهرة» أن الأفكار السلبية التي تطفو على الذهن على نحو آلي، وأن التفسيرات التي نفسر بها المواقف التي تواجهنا، هي التي تحكم انفعالاتنا ومشاعرنا اللاحقة. وبالرغم من أن الحديث عن علاج مثل هذه النوعية من التفكير سيكون له موقع خاص ورئيسي في هذا الكتاب، فإن من المهم هنا ـ حتى لا نترك القارئ في حيرة على مصير «ساهرة» ـ أن نطلعه على الخيوط العريضة لأسلوب العلاج بالنسبة لهذه الحالة ولغيرها من الحالات المماثلة. وما سارت عليه خطتنا العلاجية مع ساهرة خلال 11 جلسة، يمثل في واقع الأمر أحد الأهداف الرئيسية من كتابة هذا الفصل. فقد حددنا خلال هذه اللقاءات أهدافا بعضها عام وبعيد، وأهدافا مرحلية. فقد عرفناها بأن بعض الاكتئاب في الحياة أمر مقبول، وعلينا أن نواجه الضغوط التي تستثيره كمشكلات خارجية تحتاج إلى المعالجة، وليس بصفتها كوارث نتجت بأكملها عن أخطاء أو عيوب شخصية فينا. كما بينا لها أن جزءا رئيسيا من أعراضها المرضية، يتوقف على أساليبها في التفكير، وفي تقييم الأحداث التي مرت أو تمر بها، وما تصف به نفسها خلال المواقف التي تمر بها. وبينا لها أن هذه التفسيرات والأفكار أمر يمكن تحديده، ومواجهته، واستبداله بأفكار أكثر ملاءمة، وأكثر صحة. وبينا لها أن تغيير هذه الأفكار يجب أن تصحبه تعديلات مقصودة ومخططة (من خلال التوجيهات العلاجية)، في السلوك الفعلي الذي تقوم به نتيجة لهذا التفكير الانهزامي، بما في ذلك ما أدى إليه هذا التفكير من إهمالها لمظهرها الخارجي، وتقبلها السلبي للعلاقات الأسرية المتوترة. وتطلب تحقيق هذه الأهداف البعيدة القيام بتدريبها على الاسترخاء (كما في الفصل 13)، باعتباره وسيلة عاجلة لمواجهة الضغوط الشديدة

التي تحياها، بما في ذلك صعوبات النوم، ومعالجة مشكلات أطفالها. وتحددت لها أنشطة سارة تمارسها يوميا (كما في الفصل 17). وساعدناها على كشف بعض جوانب القصور في مهاراتها الاجتماعية والتوكيدية (كما في الفصلين 15 ـ 16)، وتطلب ذلك إخضاعها لبرنامج تدريبي لتنمية المشاركة الاجتماعية بصورة أكبر لتنمية ثقتها بالنفس، ومزيد من التشجيع على التعبير عن تأكيد الذات عندما تتعرض سلامتها أو حقوقها للخطر، خاصة مع السلوك القاسي الذي كان يظهر من زوجها دون ضرورة. وخصصنا إحدى الجلسات للتدريب على مواجهة الضغوط التي تثيرها تنشئة أطفالها، بما في ذلك مساعدتها على تنظيم وقتها ووقتهم بشكل يسمح بإعطائها فرصة للراحة، ويعطيهم أيضا فرصة للترفيه، وإنهاء واجباتهم الدراسية. فضلا عن هذا فقد وجهناها بصورة إيجابية لتكشف أنماط التفكير، والحوارات الذاتية التي ساعدت على تطور الاكتئاب وتدعيم الاستجابات الاكتئابية واليأس. أما كيف تم ذلك، وما هي الأفكار الخاطئة التي كانت «ساهرة» تميل إلى استخدامها، وكيف كان بإمكاننا تعديلها، واستبدال أفكار أكثر عقلانية بها، فهذا ما يمثل أحد الأهداف الرئيسية من هذا الفصل، والفصل 18. أما عن التقدم في سلوك «ساهرة» فقد كان حثيثا (بالرغم من استمرار وجود بعض مظاهر التوتر في علاقتها الزوجية). فقد أتقنت «ساهرة » تدريبها على الاسترخاء. كما استطاعت من خلال التدريب على تعديل الحوارات الذاتية أن تواجه كثيرا من الضغوط بصورة أكثر إيجابية. وذكرت أن علاقتها بأطفالها قد تحسنت على نحو واضح، وأن رثاءها لذاتها قد تعدل. وأن علاقاتها الاجتماعية في إطار العمل، والصداقات الخارجية قد تحسنت على نحو واضح. وذكرت أنها أصبحت تقوم بدور نشط لمعالجة جوانب التوتر التي تثيرها العلاقة بالزوج، والتي تعتقد أنها مشكلة اجتماعية تتطلب كل اهتمامها في الفترة القادمة. صحيح أن مشكلة العلاقة المرضية بالزوج ما زالت معلقة، ولكنها قالت إنها تعامل هذه المشكلة على نحو منفصل، ولا تسمح لها بالتدخل في عملها أو علاقتها بأطفالها وبقية أفراد الأسرة. «إنها مشكلة اجتماعية، وليست نفسية تماما، وربما ستأخذ وقتا أطول مما تصورت، ولكن لن أسمح لها بتدمير حياتي». بهذه العبارات أو ما يماثلها، أنهت «ساهرة» إحدى الجلسات العلاجية.

وما يهمنا بالنسبة للحالة السابقة، هو مدى ما تلعبه أفكارنا ومعتقداتنا، وتفسيرنا للأمور من إثارة للاضطراب النفسي، بما في ذلك الاكتئاب.

الاضطراب النفسي، تصنعه أساليبنا في إدراك الأشياء وتفسيرنا لها

أصداء من الماضي:

بالرغم من أن فكرة تأثير أسلوب التفكير في حياتنا الانفعالية والشخصية، فكرة قد تبلورت على نحو واضح في السنوات الأخيرة، فإن لها جذورا تاريخية ممتدة. فقد تنبه الفلاسفة والمفكرون منذ القدم إلى أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء وليس الأشياء نفسها، هي التي تسم سلوكنا بالاضطراب أو الاستواء. فنجد في العصر اليوناني مدرسة فلسفية كاملة تسمى المدرسة الرواقية، يذكر أحد ممثليها الرئيسيين، بوضوح، أن الناس «لا يضطربون من الأشياء، ولكن من الآراء التي يحملونها عنها». ولهذه المدرسة آراء أخرى تسهم في الكشف عن قيمة تعديل المسالك الذهنية، في تحقيق السعادة والتواؤم مع النفس والبيئة. فالفلسفة الرواقية ترى مثلا أن ما لا يمكنك تعديله يجب أن تقبله، وتطرح الانشغال به جانبا. فقد لا يقبل الفرد كثيرا من وقائع الحياة التي لا أمل في تغييرها أو إصلاحها (كوفاة قريب، وجود جوانب نقص فينا، عجزنا عن الكمال، اختلاف الناس عنا...الخ)، لكن الفرد بعدم تقبله لهذه الحقائق الحتمية يجعل نفسه مستهدفا لكثير من ألوان التعاسة والاضطراب، بمعنى أنه إذا واجهته مشكلة ما أو موقف حتمي لا يملك تعديله فإن تبديده لطاقته في التفكير في هذه المشكلة لن يعود عليه بفائدة، بل سيؤدي في النهاية إلى تضخيم توتره النفسي، والانفعالي، منتهيا به إلى مضاعفات من الشقاء أكبر بكثير من المشكلة أو الموقف ذاته. والحقيقة أن كثيرا من مشكلات العصابيين وغيرهم، تنتج بسبب الأوجاع والمحن التي تمتلكهم في التعامل دائما مع الأشياء المستحيلة. فالعصابي يبحث دائما عن المستحيل أو المتعذر متجاهلا التعامل مع الممكن وتنميته. ويؤدي به هذا في النهاية إلى الإجهاد النفسي، والشك في إمكانياته وبالتالي التفكير في البيئة على أنها مصدر للمتاعب والتهديد وإثارة الصعاب والتوترات.

وتبنى المفكرون المسلمون فلسفة اهتدت بالعقيدة الإسلامية، جعلت للمعرفة والتفكير والتبصر موقعا مهما في العوامل التي تحقق السعادة، وتشرح الصدور. وفي القرآن الكريم إشارات واضحة، تكشف عن أن ما عليه الإنسان من شقاء أو سعادة، ما هو إلا مسؤوليته ونتاج لفكره، وأنه إذا أراد الإنسان أن يغير من حاله فما عليه إلا أن يغير ما بنفسه ﴿**إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم**﴾ (سورة الرعد، الآية 11)، وفي موقع آخر: ﴿**ذلك بأن الله لم يك مغيرا نعمة أنعمها على قوم حتى يغيروا ما بأنفسهم**﴾ (سورة الأنفال، الآية 53). ولهذا فأنت تجد في كثير من الكتابات الإسلامية إشارات مباشرة تدعو وتحث فضلا عن العمل الطيب، إلى «الإيمان»، والاشتغال «بعلم من العلوم النافعة»، و «السعي إلى إزالة الأسباب الجالبة للهموم»، و « السعي إلى تخفيف النكبات بتقدير أسوأ الاحتمالات»، وكلها إن دققت في مغزاها تجد أنها تشير إلى الصلة القوية بين السعادة، وما نتبناه من أساليب فكرية، وآراء لمعارفنا أو إغناء لمعلوماتنا، وعلمنا بالكون والأشياء والناس. يقول أحد الفقهاء المسلمين المعاصرين «واعلم أن حياتك تبع لأفكارك، فإن كانت أفكارا فيما يعود عليك نفعه في دين أو دنيا فحياتك طيبة سعيدة، وإلا فالأمر بالعكس» (السعدي،، طبعة حديثة، 1996).

ونجد أيضا أن «ابن سينا» قد تنبه وكتب عن الصلة بين التفكير والمرض منذ حوالي ألف سنة (توفي ابن سينا سنة 428 هجرية). يقول مثلا في كتابه الموسوم «القانون في الطب» في فصل خصصه عن «اليقظة والسهر» ويجب]العلاج السهر واليقظة[أن يهجر]المريض[الفكر والجماع والتعب، ويستعمل السكون والراحة...الخ (ابن سينا، الجزء الثاني، ص 59). ويكرر شيئا كهذا في توصياته في علاج كثير من الأمراض بما فيها الأمراض البدنية. فعن الصداع المزمن، يقول: «ولا شيء للصداع كتوديع، وترك كل ما يحرك... من الفكر»، (نفس المرجع، ص 30). وعن اختلاط العقل في حالات الملنخوليا (أقرب للمفهوم الحديث لمرض الاكتئاب الذهاني) يذكر: «يكون اختلاطه]يعني اختلاط العقل[مع سوء ظن، ومع تفكير بلا تحصيل، ويستصوب غير الصواب» (نفس المرجع، ص 9). بل إنه يفرد فصلا كاملا عن كيفية الاستدلال على الأمراض العامة من خلال التعرف على الأفعال

النفسانية الحسية، يسميه: «فصل في الاستدلالات المأخوذة من الأفعال النفسانية الحسية والسياسية والحركية والأحلام من جملة السياسية (ص 7 وما بعدها)». صحيح أن هذه الكتابات المبكرة لابن سينا، قد لا تتفق في تفاصيلها الدقيقة مع المعطيات العلمية المعاصرة، ولكنها تشير بوضوح إلى اهتمام المفكرين الإسلاميين المنهجي المبكر بالتفاعل بين أساليب التفكير (بما فيها مثلا سوء الظن، واستصواب ما هو بغير صواب)، ومختلف ما يعاني منه الإنسان من أمراض أو هموم، مما يضاف لعبقرية هذا الرجل المنهجية المبكرة في تناول قضية الأمراض بشقيها النفسي والمرضي.

وعلى المستوى الغربي الحديث، نجد أن الفلاسفة الغربيين قد مهدوا الطريق بوضوح للكشف عن أسرار العلاقة بين أسلوب التفكير، ومختلف الاضطرابات النفسية والعقلية تشخيصا وعلاجا.

كتب برتراند راسل في سنة 1930 كتابا بعنوان «الطريق إلى السعادة (Russell,1930)»، عرض فيه بعض الأفكار التي تعتبر إرهاصا مبكرا بحركة تعديل التفكير الحديثة. ومثالا على هذا يذكر «راسل» أن الإنسان قد يشعر بالراحة والخلاص والهدوء إذا ما حاول - عند الشعور بالخوف من شيء معين - أن يتخيل أسوأ النتائج، وأن يركز الذهن فيها وأن يقنع نفسه بأن ليس في هذا نهايته. كذلك يرى أن: « ... من أسلم الطرق لمواجهة أي نوع من الخوف أن تفكر فيه بهدوء وبطريقة متعقلة، ولكن بتركيز شديد إلى أن يتحول إلى شيء مألوف لديك. وفي النهاية فإن الألفة بالموضوع المخيف ستستأصل الشعور بالخوف».

ومن الواضح أن «راسل» هنا يتبنى فلسفة للسعادة الإنسانية تستخلص أساسياتها من أن العقيدة تحكم السلوك، وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة منطقية ومتعقلة تصحبه أيضا حياة وجدانية هادئة وخالية من الاضطراب.

كذلك أكد كثيرون من علماء علم النفس المعاصر، أن كثيرا من استجاباتنا الوجدانية والسلوكية والاضطرابات التي تصيبنا تعتمد إلى حد بعيد، على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به. ومن هنا ابتكر المعالجون النفسيون الأوائل مفاهيم وآراء مختلفة، عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية في الاضطراب النفسي. وتتفاوت هذه

المفاهيم: فهي عند «أدلر» Adler تشير إلى «أسلوب الحياة الذي يتبناه العصابي أو الذهاني. ولهذا نجد «أدلر»، يرى أن المدخل المناسب لفهم الإنسان هو أن نتعرف عليه من خلال فهمنا لأهدافه الخاصة التي يرسمها لنفسه، والمعتقدات الخاطئة التي تتملكه عند محاولة الاتصال والتواصل بالأفراد الآخرين (Adler,1927).

حتى الاستجابة للعلاج الطبي تتأثر بأفكارنا واتجاهاتنا:

كذلك أثبت علماء النفس الفيزيولوجي الروس منذ فترة مبكرة، أن الوظائف الفيزيولوجية تتأثر - إيجابا أو سلبا - بما يقوله الفرد لنفسه، وأن الكلمات وحدها قد تثير استجابات انفعالية حادة. فعلى سبيل المثال تبين أن الاستجابات الفيزيولوجية لدى مجموعة من الأشخاص عند استماعهم لكلمات مرتبطة بالألم (مثل كلمة ألم، أو أنين، أو أذى) لا تختلف عن الاستجابات المصاحبة للمواقف الفعلية التي تعبر عنها هذه الكلمات.

والشخص الواحد يمكن أن يستثير نفسه انفعاليا في اتجاهات مختلفة كالاكتئاب أو السرور، أو القلق، في اللحظة الواحدة على حسب ما يقوله لنفسه أثناء استعادته لفكرة ما، أو عند أدائه لعمل ما، أو مواجهته لموقف معين، أو عند تفاعله مع أشخاص معينين. فلقد أمكن لأحد المجربين أن ينجح في التأثير في الحالات المزاجية للشخص، بتغيير محتوى العبارات التي طلب من الفرد أن يرددها أثناء اندماجه في نشاط معين.

فعندما تكون العبارات ذات محتوى سار أو منشط مثل: (إنني سعيد وفخور بنفسي)، تظهر آثار انفعالية تختلف عما لو كانت العبارة ذات محتوى اكتئابي أو حزين (إن حياتي مليئة بما يكفيها ويكفي عشرة أشخاص آخرين من متاعب). ومن الطريف أنه تبين أن الاستثارة في الجهاز العصبي، تزداد وترتفع عندما يطلب من الشخص أن يفكر في موضوعات ذات طابع مثير جنسيا، بينما ينخفض النشاط وتقل الاستثارة عندما يطلب من الشخص أن يتخيل أنواعا هادئة من النشاط والتخيلات. وقد ثبت في دراسة تجريبية (Bandura,1969) أنه يمكن استثارة الخوف بتخيل مواقف كريهة، أو ضارة في موقف معين. كذلك فإن الدراسات الحديثة لعلماء النفس، تبين أن تأثير كل أساليب العلاج تقريبا بما فيها استخدام العقاقير، والأساليب

الفيزيولوجية تعتمد اعتمادا حاسما في تحقيق نجاحها . على الاعتقادات الشخصية في نجاح العلاج وعلى عوامل مثل: توقع مكاسب علاجية، والمعلومات التي يحصلها المريض عن مواقف الخوف، والقلق، والاكتئاب، والتدريب على ضبط الانتباه، واتجاه الشخص نحو المعالج، ونحو العلاج النفسي بشكل عام. وهي كلها فيما يلاحظ القارئ عوامل تنتمي إلى أسلوب تفكير المريض، واتجاهاته العقلية. وحتى الأشكال العلاجية العضوية بما فيها تعاطي العقاقير الطبية، تكتسب فاعليتها من خلال الاعتقادات الشخصية في نجاحها أو فشلها . في إحدى الدراسات أعطيت مجموعتان من المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم، نفس العقار الطبي بفرق واحد هو أن المجموعة الأولى قيل لها إن تأثير الدواء في تخفيض الضغط سيكون فوريا وعاجلا، أما المجموعة الثانية فقد قيل لها إن تأثير الدواء سيكون بطيئا، وسيأخذ بعض الوقت حتى تظهر نتائجه . وقد تبين بعد قياس ضغط الدم لدى المجموعتين إثر تقديم العقار، أن المجموعة الأولى التي قيل لها إن التأثير سيكون سريعا قد انخفض الضغط لدى أفرادها، بما يزيد على 70٪ بالمقارنة بأفراد المجموعة الأخرى (Agras, Horne, & Taylor,1982) . كذلك لاحظ الممارسون أن نفس العقار الطبي قد يعطى لشخصين يتشابهان في تشخيصهما، ولكنه لا يؤدي إلى نفس التأثير: أي أنه ينجح مع واحد، ويفشل مع الآخر، بسبب التوقعات والاعتقادات التي يتبناها كل منهما عن تأثير هذا العقار إيجابا أو سلبا . فالمريض الذي يؤمن بأن العقار الذي يتعاطاه فعال، ويثق في المعالج، فإن العقار الذي يتعاطاه سيكون فعالا، والعكس بالعكس. في سلسلة من الدراسات التي تجرى الآن على نحو مكثف في الولايات المتحدة، لمقارنة الأدوية الطبية التي تعطى في مختلف حالات الاضطرابات الصحية النفسية والجسمية. بأدوية كاذبة placebos (أقراص من السكر، أو النشا تعطى للمريض على أنها عقاقير طبية)، تبين أن وجود العديد من النتائج الإيجابية العلاجية يمكن أن يؤدي إليها استخدام الأدوية الكاذبة، إذا ما أعطيت للمريض على أنها قوية وفعالة وأنه أمكن تجربتها على كثير من المرضى الآخرين في السابق.

وقد امتدت التأثيرات العلاجية الإيجابية لهذه العقاقير «الإيهامية»، لتغطي جوانب من التحسن في كثير من الاضطرابات بما فيها النفسية

والعضوية، مثل القلق والاكتئاب، والصداع، والربو، وآلام الأسنان، وآلام الصدر (Ornstein & Sobel, 1990, pp.27-30). وفي دراسة شائقة أجريت في أمريكا تبين أن الأدوية الكاذبة، يمكن أحيانا أن تكون أكثر فاعلية من العقاقير الطبية الفعلية. في إحدى التجارب عانت إحدى المريضات من نوبة حادة من الغثيان والقيء، ولم تستجب لأي أدوية أعطاها لها أطباؤها المعالجون، فقد استمرت التقلصات، وأظهرت الأجهزة الطبية أن معدتها استمرت بالفعل في التقلص والاضطراب الذي اتفق مع شكواها بالألم والتقلص والغثيان. ومن ثم قدم لها أحد الأطباء دواء آخر، موضحا لها أنه علاج جديد، وأكيد، ومضمون النتيجة. وفي خلال عشرين دقيقة من تعاطيها للدواء الجديد، اختفت آلامها، وعادت معدتها لاسترخائها المعتاد. أما «الدواء الجديد»، والفعال، «الذي أعطي لها فقد كان عبارة عن دواء معد لتيسير القيء أي لعلاج عكس ما كانت تشكو منه هذه المرأة. يعلق «وولف»، صاحب هذه الدراسة على هذه الحالة قائلا «إن التوقع.. أي توقع هذه المرأة أن هذا الدواء سيكون فعالا وسيساعدها على التخلص من نوبات القيء، كان قويا لدرجة أنه أثر فيها في الاتجاه الذي يتلاءم مع هذا التوقع، بالرغم من أنه عكس ما أعد له هذا الدواء كيميائيا (Wolf,1990)».

وفي دراسة مماثلة نشرتها مجلة «لنسيت» Lancet المعروفة برصانتها العلمية، وشهرتها الواسعة في الأوساط الطبية تبين أن العقاقير الكاذبة - الإيهامية (البلاسيبو) إذا أعطيت للمرضى الذين تجرى عليهم عملية خلع ضروس العقل، يفوق تأثيرها من حيث تحمل الألم ما يعادل ثمانية ملليجرامات من «المورفين»، (وهي جرعة كبرى بكل المقاييس) بفضل التوقع، والتفكير الإيجابي في أهمية العلاج وفاعليته.

الصورة المعاصرة

والسؤال الآن: إذا كان تعديل المسالك الذهنية كالتوقع والأمل بهذه القوة في علاج الحالات العضوية، فإلى أي مدى هو فعال وضروري لنجاح العملية العلاجية ولتغيير الحالة النفسية للفرد؟ وهل يؤثر تأثيرا مباشرا في إثارة الاضطراب وفي تحقيق الشفاء؟ وما هي جوانب التفكير، وأنواع التوقعات التي تصاحب الأمراض النفسية بما فيها الاكتئاب، وتلك التي

تصاحب الصحة النفسية، والعلاج؟

الواقع أن بعض المناهج العلاجية الحديثة للاكتئاب بما فيها النظريات العقلانية والمعرفية، عند «ألبرت إليس» (Ellis,1969) و «بيك» (Beck,1979) تستمد الكثير من أسسها النظرية من هذا المنطلق، أي أن: الاضطرابات النفسية أو العقلية، لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين. وأن العلاج النفسي بالتالي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية، قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية المريض، أو في الأعراض التي دفعته لطلب العلاج.

أساليب خاطئة من التفكير:

وبالرغم من تعدد مناهج العلاج السلوكي المعرفي، فإن وجهة نظرنا التي نتبناها نحو هذا النوع من العلاج تقوم على التكامل والتوفيق بين وجهات النظر المختلفة. فلكي تكون عملية العلاج فعالة وناجحة، نرى أنه لا يمكن الفصل بالنسبة للسلوك الإنساني بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك أو الفعل. جميع هذه الجوانب تتفاعل فيما بينها ويكمل بعضها البعض.

انظر إلى «ساهرة»، إنها تبنت إزاء حياتها، وأدركتها بطريقة من التفكير قوامها رثاء الذات: «مسكينة أنا، لقد كتب علي الشقاء طول العمر»، وهي في نفس الوقت تعاني من اضطراب الانفعالات ومشاعر الحزن، والكآبة. وتتأثر مسالكها وأفعالها بنفس القدر من الاضطراب، فتهمل عملها، ورعاية أطفالها، وتتوتر علاقاتها بوالديها، وصديقاتها بالقدر نفسه.

بعبارة أخرى فإنني لا أستطيع القول بأن الإنسان منفعل فحسب، لأن الإنسان وهو في قمة الانفعال يفكر بطريقة معينة، كما أنه يترجم انفعالاته في نشاطات خارجية. وبالمثل فالقيام بعملية تفكير في حل مشكلة معينة ـ مثلا ـ تصحبه جوانب انفعالية متعلقة بالموضوع الذي أفكر فيه، فضلا عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية التفكير والانفعال بالموضوع. وعندما يتصرف إنسان بسلوك معين استجابة لمنبه خارجي، فإن طريقة التفكير والتفسير للعلاقة بين هذا المنبه الخارجي وسلوكه، هي التي تتوسط

بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له. فالتفكير إذن يكون بمنزلة همزة الوصل بين الاستجابة (انفعالية أو حركية)، والموقف الذي يسببها.

والاضطراب الانفعالي بهذا المعنى ليس حالة وجدانية منعزلة، بل إنه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الداخلي (فكري) والخارجي (حركي) الذي إن بدت مظاهره متنوعة، فإنها في الحقيقة مترابطة ومتلاحمة.

لهذا فمن الممكن ـ عمليا ـ ضبط الانفعال بأكثر من طريقة. إذا كنت أشعر مثلا باستثارة انفعالية (قلق أو خوف، أو اكتئاب) نتيجة لموقف معين، فإن من الممكن تهدئة انفعالاتنا، وضبطها بطرق مختلفة. يمكن مثلا ضبط الإحساس بالدونية وتحقير الذات (في حالات الاكتئاب، مثلا) باستبدال هذا الإحساس باستجابات معارضة عن طريق تأكيد الذات وتدريب التوكيدية، أو العقاقير المضادة للاكتئاب.

كما يمكن أيضا القيام بعملية ضبط وتعديل للسلوك من خلال تعديل التفكير في هذا الأمر، باستخدام المناقشة المنطقية مع النفس، أو مع شخص له في النفس مكانة خاصة (معالج، أو متخصص نفسي، أو صديق ذي خبرة ومعرفة...الخ).

والخلاصة، أن التفكير والانفعال والسلوك جميعها أشكال متلاحمة، والتغيير في إحداها يغير في العناصر الأخرى جميعها.

ومن الخطأ القول إن تغيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير، أو أن تغيير التفكير وحده ـ ودون محاولة من الشخص أن يغير من السلوك الذي يثيره هذا التفكير ـ يؤدي إلى التغيير في الانفعال، لأن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعالات والمشاعر، والعكس أيضا صحيح. إن جانبا كبيرا من الانفعالات فيما يرى أحد أئمة المعالجين المعاصرين (Ellis, 1987 pp.107-120) «لا تزيد على كونها أنماطا فكرية متحيزة، أو متعصبة، أو تقوم على التعميم الشديد.

إن التفكير والانفعال يتلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر في علاقة دائرية، بل إنهما في كثير من الأحيان يصبحان شيئا واحدا بحيث يحكم ما يقوله الفرد لنفسه عند حدوث شيء معين، الصبغةَ الانفعالية التي سيترجم بها هذا السلوك عن نفسه».

التفكير العقلاني واللاعقلاني مدخلا لتفسير السلوك:

من المفترض أننا نتعرض يوميا لكثير من الأحداث والمواقف والعقبات، التي تعوقنا في كثير من الأحيان عن تحقيق رغباتنا وأهدافنا العامة والخاصة في الحياة (وفاة قريب، طلاق، فشل في امتحان، إهانة من شخص غريب، الفصل من العمل...الخ). ومن المفترض أيضا، أن استجاباتنا لهذه العقبات أو المواقف السلبية، لا تكون مريضة أو مضطربة على الدوام. فإزاء الفشل أو الخسارة في الموقف الواحد قد تكون الاستجابة الانفعالية ذات طابع إيجابي، بحيث إن الشخص قد يأخذ من الفشل أو الخسارة عبرة، ويحاول أن يطرح من شخصيته أشياء أدت به إلى هذا الفشل، أو أن يتبنى خطة جديدة تحاول أن تحقق له مزيدا من النجاح. فقد يكون تفكيره إزاء الفشل بأنه:

«شيء سيئ حقيقة أن تكون الأشياء كما لا نشتهي لها أن تكون، ولكن علي أن أحاول بكل جهدي تغيير الظروف التي أدت إليها، بحيث تكون الأشياء مستقبلا مقبولة ومحتملة إلى حد ما».

فههنا نجد مثالا طيبا وإيجابيا للأسلوب الفكري في تفسير الأمور وللحوار الذاتي الذي يقوم به الفرد مع نفسه، فيساعده على التكيف والتوافق للموقف بأفضل صورة ممكنة. لكن تفسيراتنا للأمور وفهمنا لها لا يسير دائما على نحو مقبول من وجهة النظر الصحية. فقد أنسج كثيرا من التفسيرات السوداء المعتمة لمواقف الحياة، مما يؤدي إلى كثير من الاضطرابات الوجدانية كالاكتئاب.

إذن فوراء كل انفعال إيجابي (الرضا عن النفس، التوقع الطيب، السرور، الحب)، أو سلبي (كالاكتئاب والقلق)، بناء معرفي ومعتقدات، وطريقة تفكير سابقة لظهوره. فإذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فإن كلا الانفعال والسلوك سيكون إيجابيا، وهادئا، ودافعا لمزيد من النشاط والبناء. والعكس صحيح: إذا كانت طريقة التفكير غير مقبولة وغير منطقية، فإن كلا السلوك والانفعال سيكون على درجة مرتفعة من الاضطراب.

أساليب التفكير التي تمهد للاكتئاب واليأس

إليك هذا المثال الذي يمثل خبرة سيئة عانى منها مهندس مصري شاب

في الخامسة والثلاثين من العمر، يعمل في أحد البلاد العربية. قضى ذلك الشاب إجازته الصيفية في مصر، وعاد بعدها لعمله بعد أن نجح أخيرا في العثور على فتاة مصرية من قريباته فخطبها تمهيدا للزواج منها في الشهور القادمة. عاد وهو ممتلئ بالبشر والسعادة، وأخذ ينشط في الإعداد لبيت الزوجية والتمهيد للعودة لإجراء مراسم القران ولكن كانت صدمته عنيفة، عندما تلقى من أهلها ما يفيد، بالاعتذار عن عدم إتمام الزواج، وفسخ الخطبة. وعلم من إحدى قريباته، أن الرغبة في فسخ الخطبة كانت بإلحاح من الفتاة نفسها، لارتباطها السابق بشخص آخر آثر أن يعجل بإعلان رغبته في الزواج منها بعد أن علم أنها على وشك الزواج من مهندسنا الشاب. لقد كان هذا المهندس في حالة يرثى لها من القلق والاكتئاب. لكن انظر ـ على سبيل المثال والتدريب الذهني ـ الإدراكات المختلفة والتفسيرات المتنوعة التي يمكن أن نفسر بها هذا الموقف، وتابع بنفسك ـ على سبيل التدريب، أيضا ـ مختلف الحالات الانفعالية التي تشعر بها إزاء كل تفسير، وأن تتعقب الفكرة الخاطئة لتحديدها... قد تكون بالنسبة للمثال السابق:

- إنها رفضت خطبتي لها... إذن فإنها تكرهني أو إنها استغلتني (الحالة الانفعالية التي يمكن أن ينتهي إليها هذا الاستنتاج: الاكتئاب، وتحقير النفس والسلبية).

- إنها رفضت خطبتي لها... إذن فهناك من وشى لهم بشيء سيئ عني (الحالة الانفعالية التي يمكن أن ينتهي إليها هذا الاستنتاج: الشك، والقلق، وتجنب الناس).

- إنها رفضت خطبتي لها... إذن فإنني إنسان مرفوض وغير محبوب من النساء (الحالة الانفعالية التي يمكن أن ينتهي إليها هذا الاستنتاج: الاكتئاب، المشوب بالقلق، والحذر والخوف الاجتماعي خاصة من النساء).

- إنها رفضت خطبتي لها... إذن فقد سخرت مني واستولت على نقودي فكيف تسول لها نفسها ذلك (الحالة الانفعالية التي يمكن أن ينتهي إليها هذا الاستنتاج: الغضب والعداوة).

- إنها رفضت خطبتي لها... إنها على العموم من أسرة حقيرة ولابد لي أن أعلمها، وأعلم أسرتها درسا لن ينسى: (الحالة الانفعالية التي يمكن أن ينتهي إليها هذا الاستنتاج: الغضب واحتمالات العنف).

- إنها رفضت خطبتي لها ... إذن فهو الحظ العاثر مرة أخرى، مسكين أنا !: (الحالة الانفعالية التي يمكن أن ينتهي إليها هذا الاستنتاج: الاكتئاب، وتحقير النفس والسلبية).

لاحظ أن كل التفسيرات السابقة تفسيرات سلبية، لأن جميعها تدفع لإثارة انفعالات ومشاعر بعضها يمتلئ بالاكتئاب ورثاء الذات، وبعضها بالحنق والغضب والعدوان، وبعضها بالقلق وإثارة الشك في علاقاتنا بالناس... الخ. ولاحظ أيضا أنه من الممكن تفسير مواقف الرفض التي لا يخلو أحد من التعرض لها بطريقة إيجابية، كأن يحاور الشخص نفسه إيجابيا، ويفسر موضوع الفشل بعبارات لا انهزامية، ولا تستثير بالضرورة الانهيار الشديد الذي سيطر على المريض، وذلك بعبارات من هذا النوع: «إنه شيء سيئ أن أرفض من هذه الفتاة، خاصة بعد أن بذلت بعض الجهد والمال للتقرب إليها، ولكنها ليست كارثة، وسأبذل مستقبلا جهدا أفضل حتى لا أتعرض لذلك من جديد. إنني إنسان ناجح، ولكن المشكلة الرئيسية التي تواجهني هي في الانغلاق الاجتماعي الذي أعيشه، وسأعمل على توطيد صلاتي الاجتماعية بالآخرين والأصدقاء إلى أن أعثر على فتاة أفضل»... وهكذا يمكن أن يخرج الفرد من هذه التجربة بروح جديدة، متوثبة تشجعه على المزيد من النشاط في اكتشاف أخطائه، وتدريب مهاراته، ومن ثم توجيه نشاطاته على نحو إيجابي، بدلا من أحاسيس التحقير الذاتي أو العداء المبالغ فيه.

يتبين لنا إذن الشعور بالاكتئاب أو الحزن المرضي إثر الفشل الشديد عن تحقيق هدف معين، أو خسارة شخص مهم، لم ينشأ إلا نتيجة لما أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الخسارة، وتصوري مثلا أن الفشل أمر يضيف إلى استنتاجات خاطئة تبنيتها في السابق، بأن الفشل معناه أنني إنسان ضئيل الأهمية أو غبي أو وحيد ...الخ).

لهذا يميز المعالجون السلوكيون المعرفيون المعاصرون بين نوعين من المعتقدات:

- اعتقادات منطقية ومتعقلة، وتصحبها في الغالب حالات وجدانية ملائمة للمواقف، وتنتهي بالإنسان إلى مزيد من النضج الانفعالي والخبرة والعمل البناء، والنشاط الإيجابي.

- اعتقادات لامنطقية وغير عقلانية تصحبها الاضطرابات الانفعالية المرضية (كالعصاب والذهان وغيرها).

أما متى تكون الاعتقادات وأساليب التفكير منطقية ومتعقلة، فإن هذا يتوقف على:

1 ـ انسجامها مع الواقع، أي أن تكون مبنية على حقائق، وليس على انطباعات وتفسيرات ذاتية.

2 ـ قدرتها على حماية حياتنا وتحقيق الصحة النفسية والجسمية معا.

3 ـ أن تقودنا إلى تحقيق أهدافنا العامة: الأهداف القريبة أو البعيدة.

4 ـ أن تساعدنا على تجنب إثارة الصراع والخلافات التي لا مبرر لها مع الآخرين.

5 ـ أن تيسر لنا تحقيق المشاعر التي نريدها في الوقت أو المكان المرغوب فيه (Maultsby & Gore, 1987, p,182).

بعبارة أخرى وباختصار، نجد أن التفكير السليم والعقلاني هو ذلك الذي ينسجم مع أهدافنا العامة، وقيمنا الأساسية في الحياة، وتقودنا إلى تحقيق السعادة والفاعلية الاجتماعية، والإبداع، والإيجابية. وتعتبر المعتقدات وأساليب التفكير لا منطقية عندما لا تتفق مع أي هدف ووظيفة من الوظائف السابقة.

وبنفس المنطق، لا يمكن عزل اضطرابات الوجدان، وأمراض الاكتئاب عن الطريقة التي يفكر بها الشخص، ويدرك من خلالها الأمور، وعما يحمله من آراء واتجاهات ومعتقدات، أي ـ بتعبير بيك «Beck» ـ مجموع وجهات النظر المشوهة والأفكار اللاتكيفية، والإدراكات السلبية التي يتبناها الفرد نحو الذات والعالم، وما يحمله لنا المستقبل.

فعندما يواجه الفرد أي موقف أو حدث، فإنه ينظر إلى هذا الموقف ويتعامل معه وفق معتقداته أو ما يمكن أن نسميه بتعبير أحد علماء النفس: (Kelly,1955) فلسفته العامة في الحياة. فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة، بالسلام أو العداء، بالحب أو الكراهية، بالقلق أو الهدوء، بالإقبال أو الإحجام، حسب ما تمليه عليه فلسفته العامة ومجموع وجهات نظره وتوقعاته حيال الحياة والآخرين.

ولما كان العصاب يعبر عن اضطراب في المشاعر والانفعالات، فإنه

يجب أن يكون إذن مرتبطا أو ناتجا عن أخطاء في محتوى الأفكار والمعتقدات الشخصية للعصابي، أي ما نسميه بالأفكار ووجهات النظر اللامنطقية.

«إذا كان الشخص العصابي أساسا إنسانا يتصرف بطريقة أقل مما تسمح به إمكانياته، أو شخصا يهزم نفسه عند تحقيق أهدافه بالرغم من قدرته ـ نظريا ـ على تحقيقها تحقيقا سليما، فإنه يترتب على ذلك أن نقول بأنه يتصرف بطريقة غير متعقلة، ولا منطقية، وغير واقعية».

ويرى «بيك» (Beck, 1987; p.150-151) أن المرض النفسي في حقيقته ما هو إلا ردود أفعال ومبالغات بديلة لا تخدم التكيف. والاستهداف للإصابة بالمرض النفسي يقع عندما يحاول الشخص تفسير الأحداث التي تواجهه، ويعيد صياغتها وفق معتقداته، وأساليب تفكيره، وإدراكه للموقف أو الحدث الذي يواجهه. فالشخص يشعر بالحزن عندما يدرك الموقف ويفسره على أنه ينطوي على خسارة، أو هزيمة، أو حرمان، أو فقدان لشيء مهم. وعادة ما نستجيب للموقف الخاسر بأن ننسحب منه، وأن نتجنب أن نستثمر فيه أي جهد أو انفعال. وعكس الحزن هو السرور والفرح والنشوة، وهذه المشاعر عادة ما نحس بها عندما ندرك في الموقف أو الحدث مكسبا أو ربحا، مما يدفعنا إلى الاستجابة النشطة لتحقيق أهدافنا في هذا الموقف.

ويختلف إدراكنا للموقف فنراه مهددا لأمننا وطمأنينتنا وأفكارنا عن أنفسنا، وهنا يحدث الخوف والغضب. والشخص في موقف الخوف عادة ما يستجيب بالانسحاب تجنبا للتهديد، أو الأذى. وفي حالة الغضب يركز الفرد على الأخطاء التي يرتكبها الآخر، ويميل من ثم إلى الهجوم، والاندفاع نحو تدمير مصادر التهديد.

والاستجابات الانفعالية السابقة يمكن اعتبارها استجابات عادية إذا ما قمنا بها في الحدود الملائمة للموقف، ولكنها تتحول إلى استجابات مرضية، إذا ما قمنا بها على نحو لا تكيفي مبالغ فيه. فالحزن يتحول إلى اكتئاب عندما يصبح الشعور بالخسارة والفقدان والهزيمة خاصية عامة من خصائص الشخصية. والخوف يصبح قلقا، عندما يصبح التجنب والهروب من الخصائص العامة للشخصية. والعداء والعدوانية ما هما إلا استجابات مرضية عامة واستمرار للغضب، نحو مصادر التهديد سواء كانت حقيقية أو متخيلة.

من هذا نرى أن الاضطراب المرضي في حالة الاكتئاب ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها، وتتم كنتيجة منطقية لمجموع التصورات أو الإدراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو للمستقبل، أو للعناصر الثلاثة مجتمعة:

- من حيث إدراك الذات نجد أن الشخص في حالة الاكتئاب يرى نفسه ويصفها بالقصور، وعدم اللياقة، والنقص، وينسب ما يمر به من خبرات غير سارة إلى عوامل قصور جسمي، أو عقلي، أو اجتماعي في شخصيته. ويرفض الشخص نفسه نتيجة لما يدركه في نفسه من قصور، مستنتجا منها مختلف الصفات التي تشيع بين المكتئبين بما فيها الإحساس بالتفاهة، والنقص، والعجز.

- ويمثل الإدراك السلبي للموقف الخارجي أو الخبرة جانبا آخر من جوانب التفكير الاكتئابي. فالشخص لا يرى في العالم والحوادث التي تمر به إلا أنها مليئة بالعوائق والإحباطات، التي تحول بينه وبين تحقيق أهدافه وطموحاته في الحياة، وأنها تفتقد البهجة والإشباع. ويغلب ذلك الشعور على كل ما يمر بالفرد من علاقات وتفاعلات اجتماعية، فيفسرها على نحو سلبي وبمزيج من الهزيمة والحرمان.

- وبالمثل تكون رؤيته السلبية للمستقبل، حيث تجد المكتئب ينظر بالشك والتشاؤم للمستقبل، بما في ذلك مستقبل أعراضه الاكتئابية التي يتوقع لها الاستمرار، ويتوقع بسببها المزيد من الإحباط والكوارث.

كيف يفكر المكتئبون؟

عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها، أو عند التعرض لموقف معين أو خبرة، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع، وبالتالي يسمح بإثارة الاضطرابات النفسية والوجدانية التي نلحظها في حالات الاكتئاب، من هذا:

التهويل والتهوين:

وتتمثل في الميل إلى المبالغة في إدراك الأشياء، أو الخبرات الواقعية ـ المحايدة، وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها. وقد

أشرت في موقع آخر (إبراهيم، 1995) إلى أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء، تعبر عن خاصية تميز الأشخاص المصابين بالقلق والاكتئاب على وجه الخصوص. فتفكير الشخص في حالات القلق يتميز بالمبالغة السلبية في تفسير الموقف.

ونتيجة لهذا، تجده يتوقع دائما الشر لنفسه، ولأسرته، أو لمتلكاته، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والأشخاص المهمين في حياته، حتى إن لم توجد أسباب وجيهة أو واقعية تبرر ذلك. والشخص القلق يبالغ في تصور خبرات (قد تكون محايدة) في علاقاته بأصدقائه، أو أقاربه، أو رؤسائه فيدركها على أنها مهينة أو محبطة.

أما في حالات الاكتئاب، فإن المبالغة والتهويل تأخذ شكلا مختلفا. إذ تجد الفرد هنا يميل إلى تهويل عيوبه، والتهوين من مزاياه. فالخطأ البسيط يصبح كارثة و «تدميرا للسمعة»، وتوجيه نقد عابر لنا، يعني «جرحا للكرامة»، والدفاع عن النفس في موقف، يعني أنني تجاوزت الأصول، ومن ثم «أستحق العقاب واللوم»... وهكذا.

وإذا كانت المبالغة والتضخيم من العيوب البسيطة في الشخصية لا تتلاءم مع لغة الصحة النفسية والتحرر من مشاعر الاكتئاب، فإننا نجد لهذا أن لغة الصحة النفسية تتطلب أن يهون الشخص ويقلل من عيوبه.

ولهذا نجد في سلسلة من التجارب التي أجريت على المكتئبين والعاديين، أن العاديين من الناس يميلون إلى التقليل من عيوبهم، أي أنهم لا يلتزمون بالموضوعية عندما يتعلق الأمر بإدراك مزايا الذات وعيوبها.

هم - أي العاديون والأسوياء من الناس - يشوهون الواقع بشكل يساعدهم على إدراك ذواتهم بأنها أفضل مما هي عليه في الواقع. ومن الطريف أن نفس هذه السلسلة من التجارب، بينت أن المكتئبين يميلون أكثر من غيرهم إلى الإدراك الموضوعي لذواتهم، بعبارة أخرى، فهم يميلون إلى الدقة في معرفة عيوبهم من جهة، ومزاياهم من جهة أخرى. ولكن يبدو هنا أن لغة الصحة النفسية لا تتطلب هذا النوع من الدقة، فالأفضل أن يدرك الشخص ذاته بصورة أفضل حتى مما هي عليه في الواقع. والتقليل أو «التهوين» من العيوب الذاتية أو البدنية، قد يكون في مصلحة الشخص، وقد يكون له نتائج انفعالية سلوكية طيبة ومعارضة للاكتئاب.

التعميم:

الميل إلى الأحكام المطلقة والتعميمات المتطرفة - فيما لاحظ الفلاسفة منذ زمن بعيد - يعتبر من الأشياء المعارضة للعقلانية والتفكير المنطقي، والتي ترتبط حتما بإثارة الشقاء والاضطراب. ولهذا ليس من النادر أن نجد كثيرا من الذكور الذين مروا بخبرة سيئة مع واحدة من الجنس الآخر، غالبا ما يرددون: «لا تثق بالمرأة». والعكس صحيح، فكثيرات من النسوة يرددن: «الرجال جميعا سواء». ومثل هذه التعميمات تكون بداية لظهور بذور سوء التوافق أو علامة له.

والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الأنماط المرضية، خاصة الاكتئاب. فالمكتئب غالبا ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميما سلبيا. فتوجيه نقد غير مقصود له قد يعني عنده: «إنني إنسان فاشل لا يحسن التفكير».

وفشله في تحقيق هدف ولو جزئيا قد يعني لديه: «إنني إنسان عاجز عن تحقيق آمالي في الحياة». وبعد صديق أو رفيق عنه قد يعني: «بأنني بدأت أخسر كل أصدقائي»، أو «لا توجد صداقة حقيقية في هذه الدنيا».

وإذا نسي رئيسه أو واحد من زملائه أن يبادله التحية فإذن: «إنني إنسان مكروه وغير مرغوب فيه».

حدث مرة أنني ركبت مع أحد الأصدقاء من النوع المكتئب سيارته، وعند دخوله سيارته لاحظ أن بعض الطيور تبرزت على سيارته، فلم يكن منه إلا أن قال: «هكذا حظي العاثر دائما، لم أكن ناقصا حتى أجد هذه الطيور تضيف لقذارة الحياة قذارة إضافية». وهذا لا شك نموذج طيب للتعميم والمبالغة معا. وعندما سألته عن هذه الخبرة، وهل تعرض من قبل أو في نفس اليوم لما يبرر شعوره «بالقرف»، فإنني لم أندهش أن أجد أن إجابته كانت بالسلب.

ولعل مخاوف الإحساس بالرفض الاجتماعي التي يعاني منها المكتئبون بشدة، هي في واقع الأمر نتاج لتعميم خبرة سلبية. من هذا حالة شاب مصري يعيش في أحد البلاد العربية، وفي إحدى زياراته للوطن الأم، تقدم إلى فتاة للخطبة، وقد اعتذر له أهلها برفق لأنها كانت شبه مخطوبة لأحد الأطباء. وتذكر بعدها أنه كان يخاطب نفسه: «هناك شيء ما خطأ في

شكلي أو وضعي الاجتماعي، وإنني لن أجد من ستقبل بي زوجا، وإنني سأعيش حياتي في الغربة محروما من الحب إلى الأبد. وكما سأعيش وحيدا سأموت غريبا ووحيدا». وقد احتاج ذلك الإحساس منه إلى زيارة العيادة النفسية، بحثا عن الخلاص من موجة الاكتئاب التي أصابته إثر ذلك.

وفي هذا أيضا مثال صارخ على التعميم المرضي: «كل النساء سيرفضنني، كل حياتي في المستقبل ستكون نتيجة لهذا الرفض مليئة كلها بالوحدة والغربة، وحياة من هذا النوع لا يمكن أن تعاش». ولهذا، وبهذه السلسلة من التعميمات، تكون الاستجابة بالاكتئاب المشوب بالقلق، وعدم الاستقرار والخوف من الرفض في المستقبل نتيجة منطقية جدا، ومتوقعة إلى أبعد الحدود.

بعبارة أخرى، فالتعميم الخاطئ يعتبر من العوامل الحاسمة في اكتساب الاكتئاب وما يرتبط به أحيانا من مخاوف اجتماعية - مرضية، وقلق كما ذكرنا في مكان آخر (إبراهيم، 1990، 1994).

ولما كان المعالج النفسي المعرفي يقدر دور هذا العامل في المساهمة في اضطرابات البشر، فإن عليه أن يؤكد باستمرار لمريضه أنه لا يوجد شيء أكيد تماما، وإنما قد يكون مرجحا بدرجة قليلة أو كبيرة. ومن المهم أيضا أن يدحض المعالج هذه الفكرة كلما رأى في مريضه سلوكا يستدل منه على غلبة هذا الجانب من التفكير التعميمي.

الكل أو لا شيء:

يميل بعض الأشخاص إلى إدراك الأشياء على أنها إما بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة، دون أن يدركوا أن الشيء الواحد قد يبدو في ظاهر الأمر سيئا، ولكن ربما يحتمل أن تكون فيه أشياء إيجابية، أو قد يؤدي مستقبلا إلى نتائج إيجابية. وقد كشفت بعض دراساتنا في البيئة العربية من قبل أن هذه الخاصية من التفكير - أو بعض الخصائص الشخصية الوثيقة الارتباط بها، مثل التصلب وجمود الشخصية - ترتبط بسمات لا توافقية كالتعصب والتسلط والتوتر، والقلق. وتتفق هذه النتائج مع بحوث في الغرب، وبحوث عربية أخرى.

وفي ميدان العلاج النفسي يمكن أن نكتشف هذه الخاصية بسهولة في تفكير المضطربين. ولهذه الخاصة تأثير سيئ في العلاقات الاجتماعية، كسوء التوافق بين الأزواج. فإذا كان الزوج والزوجة يميلان بنفس القدر إلى هذا النوع من التصلب، فإن الصراع وسوء التوافق بينهما يعتبران نتيجتين مرجحتين، إلى حد بعيد. وتمتلئ عبارات المكتئبين، وشكاواهم بكلمات ومفاهيم، وجمل تعكس شيوع هذه الخاصية لديهم، وذلك كاستخدام عبارات مثل:

- لا أرى على الإطلاق فائدة فيما أقوم به.
- حياتي لا يقبلها أي إنسان على وجه الأرض.
- حياتي تفتقد بالمرة عنصر الحب.
- لم أحاول إطلاقا أن أفعل أشياء لست متأكدا من نتائجها.

وينبهنا «ألبرت إليس» وزملاؤه (Ellis & Dryden,1987) إلى وجود معتقدات ثلاثة ـ على الأقل ـ تتسبب عن اللاعقلانية والتطرف، من شأنها أن تسم حياتنا بالمعاناة والاضطراب، وهي:

- يجب أن أكون دائما قادرا على النجاح والفوز بتأييد الآخرين ودعمهم (بدلا من التأكيد على احترام الذات، أو الحصول على التأييد لأهداف محدودة ـ كالترقية في العمل مثلا ـ أو تقديم الدعم بدلا من توقع الحب الدائم من الجميع).

- على الآخرين أن يعاملوني دائما معاملة جيدة، تتفق تماما مع ما أرغب فيه من معاملة (بدلا من الفكرة أن بعض ما يتصرف به الناس نحوي غير ملائم، وسيظل الناس دائما يتصرفون نحوي بطرق لا أرغبها بسبب تضارب المصالح، أو جهلهم بإمكانياتي، أو غبائهم، أو ربما بسبب وجود اضطراب انفعالي).

- يجب أن تكون الظروف من حولي ممهدة بحيث أحصل بسهولة على كل ما أريد، ولا شيء أقل مما أريد (بدلا من الفكرة أن من السيئ أن تكون الأشياء كما لا نشتهي لها أن تكون، وأن علينا أن نحاول بكل جهدنا تغيير الظروف أو ضبطها، بحيث تكون الأشياء مقبولة إلى حد ما. لكن إذا كان تغيير المواقف السيئة غير ممكن أو مستحيلا، فإن من الأفضل للشخص أن يمهد نفسه لقبول الأشياء، وأن يتوقف عن تصويرها بأنها فظيعة وكارثة).

ولعل من أهم مساوئ هذا النوع من التفكير من الناحية الصحية، أنه يغري الشخص بالنزوع إلى الكمال المطلق، ومن ثم الخوف الشديد من ارتكاب أي خطأ قد ينتج عن التجربة وممارسة الخبرات الجديدة في الجياة. وأسوأ ما في النزوع غير الواقعي إلى الكمال أنه يدفع في النهاية لتبني وجهة نظر غير واقعية عن الذات، ومن ثم الشعور بالإحباط السريع عندما يفشل الفرد في النهاية إلى الوصول إلى الأهداف المستحيلة، والغايات التي لا يمكن إدراكها.

ولاشك في أن جزءا كبيرا من المشاعر الاكتئابية والمخاوف المرضية لدى المكتئبين، قد تتضاءل أو تشفى، إذا ما أدرك المكتئب أننا لسنا بكاملنا هذا أو ذاك. فلا مجال للكمال المطلق: هذه حقيقة تنطبق علي وعليك، وعلى العالم الخارجي. انظر الآن إلى حيث تجلس. أمعن النظر من حولك. هل أنت تجلس في مكان كامل النظافة، والنظام؟! وهل هو مطلق القذارة وفي منتهى الفوضى؟! أم هو درجات من هذا وذاك؟! الحقيقة أنه لا توجد في واقع الأمر مطلقات في هذا العالم، إلا في أذهاننا، وكلما حاولنا أن نقيس كل شيء بمقاييس الكمال المطلق، حكمنا على أنفسنا بالفشل وخيبة الأمل، والتنافر بين إدراكاتنا وواقعنا، ومن ثم الإحساس العميق بالاكتئاب الدائم والاضطرابات الوجدانية.

ولاشك في أن حالات كثيرة من الضيق والاكتئاب، قد تتملك المرء إذا ما كان يعتنق إزاء الأشياء التي تواجهه آراء يقينية عن سوء نتائجها بالنسبة له. لذلك نجد أن كثيرا من النجاح في العلاج النفسي، والتخلص من الاكتئاب يتبعه اختفاء للطموحات المطلقة، أو نزعات الكمال المتطرفة... الخ.

عزل الأشياء عن سياقها:

ويرتبط بالتفكير الاكتئابي أسلوب آخر خاطئ من التفكير يمكن أن نطلق عليه، مفهوم التجريد الانتقائي selective abstraction، كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام، ويؤكدها في سياق آخر. فالشخص قد يعزف عن التقدم لعمل جديد مناسب، لأنه رفض في عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكانياته ومواهبه وبما يتطلبه العمل الجديد.

والتجريد الانتقائي من الأخطاء التي تشيع في أفكار المكتئبين، فقد

تبين لنا أن المكتئب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل، وكأنه قد وضع منظارا على عينيه لا يكشف له عن شيء طيب في حياته، ولا يظهر له إلا ما هو معتم، وظالم لنفسه. فهو يعود إلى المنزل بعد انتهاء عمله، ولا يتذكر بعد عودته إلا أن فلانا تجاهله، وفلانا قاطعه في الكلام، وأنه لهذا يرى نفسه تافها، غير جدير بالتقدير. وينسى أنه التقى بالكثيرين ممن أظهروا له الود والاحترام، أو على الأقل لم يظهر منهم ما يدل على التجاهل، أو الخطأ في حقه.

التفسير السلبي لما هو إيجابي:

وهذه خاصية أخرى تميز التفكير المكتئب، ولو أنها في واقع الأمر أسوأ بكثير من عنصر الانتقاء السلبي. ففي هذا النوع من التفكير والإدراك لا يقتصر مريضنا على انتقاء ما هو سلبي، بل تجده يتجاوز ذلك فيفسر حتى الأمور الإيجابية تفسيرا سلبيا. جاءني زميل، يعمل في غير موطنه في إحدى الجامعات العربية، وكان أن نمى إلى علمه أن عمله أصبح مهددا بالانتهاء، بعد أن عاد أحد مواطني هذا البلد وفي نفس التخصص من الخارج، ولكن يبدو أن إدارة الجامعة أحست بأنها تحتاج إلى خبرته، ومن ثم فقد أبقته في عمله. ومن الغريب أنه بدلا من أن يفسر هذا الأمر تفسيره الإيجابي الملائم، وهو أن خبرته، وشخصيته هما اللتان أدتا الدور الرئيسي في الإبقاء على عمله، وجدته ينفي ذلك، ويفسره على أنه «شفقة، ورحمة بأبنائه الصغار ليس إلا، وأنه لا يوجد به من الخصائص الإيجابية ما يجعل الجامعة تفشل في العثور على أي بديل عنه».

وكتبت لي زوجة في السابعة والعشرين من العمر، متزوجة من أستاذ جامعي، ولها من الأطفال والذكاء الشخصي والقدرات والمركز الاجتماعي، ما يجعل من أي شخص سوي آخر أكثر تفاؤلا وإقبالا على الحياة، كتبت في إحدى حالات الاكتئاب التي كانت تصيبها:

«والشيء الآخر الذي أريد أن تعلمه يا دكتور إبراهيم، هو الخوف الدائم والوحدة والاكتئاب، وعدم التأقلم مع الوضع الجديد. ولا أدري إلى متى سأظل على هذا الوضع. عمري الآن 27 سنة... انظر إلى أطفالي يزداد حزني، يأتي الليل بطوله أخاف النوم خوفا من الموت، يأتي النهار بطوله

عبثا (لعلها تعني عبئا؟). أفكر بأهلي ومشاكلهم، وأجلس قرب الهاتف أنتظر أي مكالمة من أي مخلوق... أفكر بزوجي أزداد تعاسة... وأقول في نفسي «يا له من إنسان غير محظوظ ومنحوس أيضا بأن تزوجني». أحاول ألا أعلمه بشيء مما أعاني... أحاول قدر الإمكان إخفاء المشاعر الحزينة. أحاول ألا أكون ضعيفة أمامه بل أتقمص شخصية... (كتبت هنا اسمها) الأديبة والشاعرة والقارئة الممتازة لأوازي مرتبته العلمية».

إنه تعبير بليغ من هذه السيدة كشفت من خلاله عن الأساليب الذهنية الانهزامية، التي يتبناها الشخص عن نفسه في هذه الحالة الحزينة من الاكتئاب ! وهل هناك أبلغ من هذا تعبيرا عن هزيمة الذات التي تجد في إيجابيات الحياة (بما فيها الأطفال والوفرة والزواج الطيب والقدرات الشخصية الممتازة) ما يجعلها مصدرا للتعاسة، ودليلا إضافيا للفشل الشخصي؟ وهل هناك أبلغ تعبيرا من خطاب هذه السيدة العربية الشابة، عما تلعبه أساليبنا الذهنية الخاطئة في إثارة التعاسة والألم؟! لعل هذا هو ما دفع «بيرنز» (Burns, 1973, pp.34-36) إلى أن يعتبر هذه الخاصية من التفكير من أكثر الخصائص تدميرا للذات. ونتفق من ناحيتنا مع هذا الرأي، ونرى أن خطورة هذا النوع من التفكير والتفسير - فيما تكشف لي خبرتي - تتمثل فيما يضع الشخص نفسه فيه: فبهذا النوع من التفكير يضع الشخص نفسه موضع الخاسر دائما، سواء كانت الأمور في غير مصلحته أو في مصلحته. فإذا كانت الأمور سيئة، فهي إذن تثبت ما كان يحمله من أفكار سلبية عن نفسه من قبل. أما إن كانت الأمور طيبة، وكان هناك من الأحداث ما يمكن وصفه بالإيجابية، فهي لا تعدو عنده إلا أحداثا بسيطة حصلت بالمصادفة، وليس لأسباب إيجابية فيه، أو في شخصه، بل إنه حتى لا يستحقها، وغير جدير بها. والثمن الذي يدفعه الشخص الذي يتبنى هذا النوع من التفكير، ثمن باهظ بحق، وهو الخسارة الدائمة والتعاسة، والعجز عن الاستمتاع بالأشياء الإيجابية في الحياة وتذوقها إيجابيا.

صحيح أنك قد تزعم - أيها القارئ - أن طريقتك في التفكير قد لا تكون بمثل السوء الذي اتصف به تفكير هذه المرأة، وصحيح أنك قد تكون مصيبا في هذا، لأننا لسنا بالضرورة بهذه الدرجة المتطرفة القاتمة من التفكير. ومع ذلك، أمعن النظر، وراقب نفسك جيدا: ستجد يوميا لحظات تجد

نفسك خلالها تغفل كثيرا من الأشياء الإيجابية التي حدثت لك، ولم تعد تتذكر منها إلا الدلالات السيئة، فتغضب، وتقلق، وتكتئب. إنك بهذا النوع من التفكير تحرم نفسك دون شك من تذوق ما عليه الحياة من ثراء ورضا، وتحولها ـ دون ضرورة ـ إلى مصدر من مصادر التعاسة والجدب.

القفز إلى الاستنتاجات:

في الكثير من حالات الاكتئاب أو القلق والعدوان، يكون السلوك ناتجا عن خطأ في تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة، أو بسبب وجود سياق مختلف. ومن أكثر أنواع هذا الخطأ ذيوعا ذلك الذي ينتهي بنا لمحاولة قراءة أفكار الآخرين في كل كبيرة وصغيرة، ولا نكتفي بهذه القراءة السلبية لأفكارهم، ولكننا نتصرف ونسلك تجاه ذواتنا وتجاه الآخرين والعالم وفق هذه التصورات، كما لو كانت حقيقية. فنشعر أحيانا بأننا «مرفوضون»، ونشعر أحيانا بأننا «مملون»، وأننا «لا نحظى بالتقدير» و «الاحترام الكافي»، بحسب ما توحي لنا به قراءتنا الخاطئة لأفكار الآخرين. فالفصامي، والشخص المصاب بالهواجس المرضية قد يثور على طبيبه، لأنه يفسر سلوك طبيبه بالتواطؤ مع بقية العاملين في محاولة السيطرة عليه وعلى تصرفاته. والشخص الذكي يتصور أنه ضعيف الفاعلية وأقل ذكاء، لأنه نشأ مع إخوة على درجة مماثلة من الذكاء، ولكنهم يكثرون من نقده، ويستنتج من هذا النقد أنه بالفعل دليل على قلة ذكائه بالنسبة لهم. وقد نثور على إنسان معين بالغضب والعدوان على اعتقاد أنه يقوم بالوشاية والتعريض بنا، لأننا نجده يتحدث مع شخص آخر إثر مشادة معه.

وتسود هذه الأخطاء بشكل خاص لدى المصابين بالاكتئاب. فمن المعروف أن المكتئب يرتكب هذا الخطأ المنطقي عندما يرى في خبر ما أو موقف مصدرا للإزعاج، أو «الإقلال من الكرامة» أو «تقليل الشأن»، عندما لا يكون هناك من الدلائل ما يدعوه لهذا الاستنتاج والحكم. فقد تكون إحدى الفتيات على قدر ممتاز من الملاحة وحسن الصورة، ولكنها تنشأ وهي تعتقد أنها غير جميلة ولا تتوقع الحب من أحد، لأنها نشأت في بيئة تكثر من نقد «سمرتها»، ومقارنتها بأختها أو بمن هن أفتح لونا منها. وقد نصاب بالإحباط والإحساس بالفشل خلال خطبة أو كلمة عامة، لأننا لاحظنا

خلال حديثنا مع الجمهور أن شخصا ما يتثاءب، ربما لأنه كان مرهقا، ولم ينم جيدا في الليلة السابقة. وقد نبادل صديقا التحية، ولكنه قد يكون مشغولا بمشكلاته الشخصية، ولا يلتفت إليك، فتعتقد أنه لم يعد يحبك بنفس الدرجة السابقة. وقد تقوم بالاتصال التليفوني بأحد الأصدقاء أو الزملاء والمعارف، فتجد مسجل التليفون الآلي هو الذي يرد عليك بدلا من الشخص نفسه، فتفسر ذلك بأنه وضع هذا المسجل خصيصا «ليتجنب الحديث معك، لأنه لا يريدك»، ومما قد يزيد الطين بلة أنك تترك رسالتك المسجلة، ولكن هذا الصديق أو الزميل قد لا يردها لأمر من الأمور. فتتعزز استنتاجاتك بأن هذا الشخص يتجنبك ولا يريد استمرار صلتك به، بالرغم من أن هذا الشخص نفسه قد لا يكون حتى في منزله في هذه اللحظة.

هذه كلها أمثلة على الاستنتاجات الخاطئة التي تنتج عن القراءة الخاطئة للموقف، والتي تجعلك أيضا تقرأ أفكار الآخرين بطريقة سلبية. وأخطر ما في هذا النزوع للاستنتاج السريع، أنه يدفعنا إلى أنماط خاطئة من السلوك والتصرفات، فننسحب وننزوي في بعض المواقف ومع بعض الأشخاص بطريقة غير ملائمة، أو نندفع في تصرفات عدوانية حمقاء دون ضرورة. ومصدر السلوك في الحالتين واحد ويستند إلى الاستنتاج السلبي السريع، وربط الأحداث بعضها بالبعض الآخر من دون ما يشير إلى صحة هذه العلاقات بين الأشياء.

قراءة المستقبل سلبيا (خطأ المنجم):

ومن هذا النوع من أخطاء الاستنتاج ما يسمى بخطأ «المنجم»، أو «قارئ البخت» fortune teller، ويتمثل ذلك فيما تنسجه من توقعات سلبية عن المستقبل والمصير المعتم الذي ينتظرك، أو ينتظر المقربين لا محالة، وكأنك أصبحت «عالما بالغيب» وما تحمله الأقدار من مصائب. فتجد نفسك فجأة تتوقع أن شيئا ضارا سيحدث لك أو لأحد أفراد أسرتك في المستقبل، فتجد نفسك مصابا بالجزع والهم، وبالرغم من أنه توقع فحسب، فإنك تتعامل معه كأنه شيء يقيني و«حدس» صادق لا يقبل المساءلة. في إحدى الجلسات العلاجية ذكرت إحدى السيدات، أنها تركت عملها، وأهملت منزلها قائلة: «لأنني أدركت أن تعاستي لن تعالج الآن ولا في المستقبل، وسيستمر

شقائي إلى الأبد، إنه أمر مكتوب، وإن كل ما تحاوله معي لن يؤدي إلى أي نتيجة، فأنا أعرف مسبقا أن مصير كل هذه المحاولات هو الفشل». فههنا تجد مثالا للتفكير الاكتئابي - السحري، الذي يزين للشخص قراءة المستقبل، معتقدا عن يقين أن أفكاره صحيحة، وتنبؤاته بالتعاسة صادقة لا محالة.

التأويل الشخصي للأمور:

ومن أخطاء الاستنتاج ما يسميه «بيك»، وعلماء النفس العلاجي (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Burns,1979)، التفسيرات الشخصية للأمور personalization، وبمقتضى هذا الأسلوب يجنح المريض بالاكتئاب إلى التورط في تحمل مسؤولية الأخطاء الخارجية. بعبارة أخرى، تجده هنا ينسب إلى نفسه (دون وجود برهان) مسؤولية الخطأ، والنتائج السلبية في المواقف التي يمر بها (أو حتى التي لا تتعلق به شخصيا). أثارت إحدى الطبيبات الشابات (ممن كان معروفا عنها الاكتئاب والشعور الدائم بالذنب) في أحد الاجتماعات سؤالا لأحد المتحدثين، وكان أن أثار سؤالها نقاشا طويلا بين الموجودين. وفوجئت بعد الاجتماع بهذه الطبيبة وهي «تلعن نفسها»، لأنها هي السبب في إثارة هذا النقاش الساخن (والذي لم أره شخصيا خارجا عن الحدود المعقولة عندما تختلف وجهات النظر في الجلسات العلمية). وسيدة أخرى، تلاحظ أن زوجها يميل إلى الصمت معها هذه الأيام (كانت هذه عادته على أي حال)، ولم تجد ما تفسر به ذلك لي، إلا «أنها هي الملومة في ذلك بسبب مرضها، وما تشكله من أعباء على هذا الزوج المظلوم معها». ويكشف لنا هذا النوع من التفسيرات الشخصية، السبب فيما يصيب المصابين بهذا النوع من الاضطراب الوجداني من مشاعر عميقة بالذنب، والندم الدائم على أشياء هي في واقع الأمر ليست من صناعتهم الشخصية، ولكنهم يرون أنهم مسؤولون عنها.

وتزداد مخاطر هذا النوع من التفكير على الشخصية والمجتمع، عندما يكون هو الأسلوب المميز للأشخاص في الوظائف القيادية والتوجيهية كالتدريس والممارسة الطبية، والإدارة. فقد يعزف الشخص عن اتخاذ أسلوب إيجابي ونشط، ويتجنب إعطاء توجيهاته أو أوامره لمرضاه أو طلابه أو من

هم تحت مسؤوليته، خوفا من أن يجرح مشاعرهم أو يتسبب في إزعاجهم. وربما لهذا السبب نجد ما يشير إلى فشل المكتئبين في الوظائف القيادية التي تتطلب التوجيه وإعطاء أوامر.

وسنشرح فيما بعد بعض الطرق السليمة والمعقولة خلقيا، للتغلب على مثل هذا النوع من التفكير المعوق للإنسان عن التفاعل النشط ببيئته، وبمجتمعه، والتي من شأنها إذا ظهرت لدى شخص معين أمكن القول أنه شخص مضطرب نفسيا أو على وشك أن يكون كذلك، أو أن نتوقع على الأقل أنه سيتصرف بكفاءة أقل، وسيواجه الأمور باستجابات سلبية كالغضب، أو الاكتئاب، وسيهزم نفسه من جراء هذا. ويوضح الإطار الشارح (١ ـ ١٥) تلخيصا لهذه الجوانب الخاطئة من التفكير، وما تحمله من معنى أو معان مرضية.

(أطار شارح ١ ـ ١٥)

أساليب من التفكير تصنع الاضطراب

أسلوب التفكير	معناه
التهويل والمبالغة	إضفاء دلالات مبالغ فيها على الموضوعات المحايدة ، أو التي يتعذر تفسيرها . المبالغة في إدراك جوانب القصور الذاتي ، والتهوين من المزايا والنجاح الشخصي.
التعميم	تعميم خبرة سلبية منعزلة على الذات ككل .
الكل أو لا شيء	إدراك الأشياء على أنها إ'ما سيئة تماماً أو لا شيء (عدم إدراك أن الشيء الذي قد يبدو سلبيا قد ينطوي على فائدة الآن أو مستقبلاً).
عزل الأشياء عن سياقها	أو الانتقاء السلبي ، ويعني عزل خاصية عن سياقها العام ، مع تأكيدها في سياق آخر لا علاقة له بالنتيجة السلبية السابقة .
التفسير السلبيلما هو إيجابي	تفسير الأمور التي يكون من الواضح أنها إيجابية وطيبة ، تفسيراً سلبيا (مثلا حسب الناس لي وتقديرهم شفقة على حالي وليس لأشياء إيجابية لدى) .
القفز إلى الاستنتاجات	إدراك أن الموقف ينطوي على تهديد وخطر وامتهان دون أن تكون هناك دلائل على ذلك .
قراءة المستقبل سلبيا وحتميا	التوقع السلبي للمستقبل والتصرف كما لو كان هذا التوقع حقيقة (خطأ المنجم).
التأويل الشخصي للأمور	أن ينسب الشخص لنفسه مسؤولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها .
عن : Beck, 1979	

ولعل القارئ يحتاج إلى مثال يصور كيف تساهم هذه الأفكار في صناعة اضطراباتنا وكيف يمكن تحديدها من خلال المحاورة، والمثال الآتي يوضح جزءا من جلسة علاجية أجريتها مع أحد طلاب السنة الرابعة بكلية الطب،

جاء يشكو من الاكتئاب، و«ضعف الشخصية» بتعبيره.

الطالب: أحس هذه الأيام بالاكتئاب الشديد.

المعالج: ماذا تعني بالضبط؟

الطالب: أشعر بأنني لاشيء، أنني خيبت أمل أهلي فيَّ، وأنني لا أرغب في الدراسة كما كنت، وأنني غير قادر على تحقيق تفوقي المعتاد.

المعالج: تحقيق تفوقك المعتاد؟

الطالب: نعم، فمعدلي التراكمي لم يزد على تقدير مقبول، وأنا الذي حصلت على الثانوية العامة بنسبة 92٪.

المعالج: تفتكر أن هناك صلة بين بداية شعورك بالاكتئاب، وظهور نتيجة الفصل الأول؟

الطالب: الحقيقة أنني طول عمري من النوع الحساس، لكن أي نعم بدأت هذه الحالة تشتد علي منذ ظهور نتيجة الفصل الدراسي الأول.

المعالج: إنك لم ترسب، ولكنك حصلت على تقدير أضعف مما كنت تطمح له، كيف يجعلك هذا تشعر...؟

الطالب: إنني إنسان فاشل، وإن فكرة أهلي عني... آه ماذا أقول لهم، لقد كذبت عليهم. قلت إن النتيجة لم تظهر بعد ! إن والدي سيتحطم، إنك تعرف أنني من الجنوب من «أبها»، وأنني الوحيد من القبيلة الذي دخل كلية الطب، والجميع هناك يقدرونني، إنهم يعاملونني كأنني خليفة الوالد، لا أريد أن أخيب أملهم فيّ.

المعالج: يبدو لي أنك هنا كما لو كنت تقول لنفسك طوال الوقت إنني إنسان فاشل ولا أستحق احترام أحد، حتى أهلي لأنني لم أوفق في دراستي بالشكل الذي أتمناه... هل توافقني على هذا؟ طبعا إن التفكير بمثل هذه الطريقة يمكن أن يكون سببا في مرض أي شخص.

الطالب: حقيقي، أنا إنسان فاشل لأنني كان يجب أن أتفوق ولم أستطع.

المعالج: أنا لست ضد رغبتك في التفوق. ولكن ما علاقة هذا بما تشعر به هذه الأيام من اكتئاب؟ يبدو لي أنك تفسر الأمر بطريقة تجعلك مكتئبا حتما، فأنت تقول لنفسك، إنني فشلت في الحصول على تقدير التفوق الذي أريده، ومن ثم فإنني لا أستحق أن أكون محترما أو مقدرا. هل تعتقد أن مثل هذا الاستنتاج سيساعدك على التفوق؟

الطالب: لا... ولكن ماذا أفعل؟ لهذا جئت.

المعالج: ولهذا أنا أقول لك إن عدم تفوقك في هذا الفصل الماضي ليس هو السبب في مشاعر التعاسة التي تتملكك.

الطالب: ماذا تعني، ولكن هذا ما حدث، إنها ضربة لي ولأهلي إذا عرفوا.

المعالج: هذا هو السبب الحقيقي.

الطالب: إنك متفق معي إذن.

المعالج: لا. لا أعني أن ما تسميه فشلك الدراسي هو السبب، إنما أعني الطريقة التي تترجم بها هذا الأمر. إنك فسرت الأمر وكأنه ضربة لك ولأهلك. هذا هو في واقع الأمر ما يثير إحساسك بالتعاسة والهم. تفسيرك للموضوع ليس إلا. لو كان الناس يفسرون أمور حياتهم بهذا الشكل لانتحر الجميع.

الطالب: أليس طبيعيا أن تتضايق في مثل هذه الأمور؟

المعالج: من الطبيعي أن يتضايق الإنسان طبعا؟ لكن الضيق غير التعاسة. لو كنت متضايقا بسبب أخطاء، وتحاول أن تتداركها فلابأس. ولكن الضيق في مثل حالتك لن يقودك إلى الطريق السليم؟ لأنك لم تكن تعيسا بسبب أشياء حقيقية تدفعك للعمل أو تنظيم الوقت، إن تعاستك ليست في أنك حصلت على هذا التقدير أو هذه الدرجة التي كانت غير متوقعة، أو متكافئة مع إمكانياتك العقلية. إنك تظن بأنك كنت تعيسا لهذا السبب. ليس أكثر من ظن. بينما الأمر ليس كذلك.

الطالب: فلماذا كنت قرفانا وضيقا إذن إن لم يكن لهذا السبب؟

المعالج: إن الأمر بسيط ـ بساطة الحروف الهجائية. انظر معي الآن إلى هذا الشكل لتعرف ما أعنيه (هنا يعرض المعالج الشكل التوضيحي (2 ـ 10) والذي يكشف عن العلاقة بين المواقف والانفعالات). إنك جئتني هنا بشعور الاكتئاب والإحساس بالتعاسة، أي بـ (ج)، وعندما سألتك عن السبب قلت لي إن السبب يرجع لرسوبك أو ضعف أدائك في الامتحان أي، الموقف والذي تراه هناك تحت(أ)، يعني الحادثة التي أدت إلى الضيق، وتعاستك. إذن فـ (أ) كما ترى هو موقف خارجي: رسوب أو خلافه و (ج) هي شعورك بالتعاسة. إنك ترى (أ) ثم تشعر بـ (ج) ولهذا تفترض أن (أ) هي

السبب في (ج) وهو اكتئابك وشعورك بالتعاسة. ولكن أقول لك إن (أ) ليست السبب في الحقيقة. ليس الرسوب في الامتحان أو تأخرك عن تحقيق رغبتك في التفوق هو السبب في هذا الإحساس.

الطالب: ليس السبب؟ فما هو السبب إذن؟

المعالج: إنها (ب) وليست(أ).

الطالب: وما هي (ب)؟

المعالج: (ب) هي ما كنت تقوله لنفسك، ومختلف التفسيرات التي لن تفيد في هذا الموقف، ولن تساعدك على تحقيق أهدافك.

الطالب: إنني لم أكن أتحدث بشيء، لقد رأيت النتيجة، وشعرت بأن الدنيا قد أظلمت.

المعالج: قطعا كنت تقول شيئا بينك وبين نفسك. تذكر ما كنت تقوله لنفسك عندما شاهدت النتيجة.

الطالب: لم أقل شيئا، لقد أحسست فقط أن فكرة أهلي ستهتز، وأنني أنا هنا الآن خيبت أمل الجميع فيّ. كانوا يرونني مثاليا وخليفة للوالد، ولكن انظر الآن ماذا أفعل... ربما شيء من هذا القبيل.

المعالج: نعم كل هذه المبالغات والمخاوف. تفسيرك وخوفك من الصدمة التي ستصيب الأسرة، والإحساس بأن رسوبك معناه نهاية العالم، وأنك بكاملك إنسان فاشل، ولا تستحق ما يصرف عليك، ولا تستحق أن تنتمي لهذه الأسرة... كل هذه المبالغات هي(ب)، فهل ترى معي الآن أنه ليس الرسوب ولكن تفسيرك وتصويرك انزعاج الأهل وكل أفراد القبيلة، كأنهم جميعا في انتظار هذا الحدث الضخم. وهذا ما كنت تقوله لنفسك هو (ب). إن (ب) دائما أو ما تقوله لنفسك هو الذي يثير مشاعرك بالشكل الذي وصفته من قبل، أي لأنك تقول لنفسك مثلا إن هذا شيء فظيع وبشع ومأساوي، وهذا هو ما أعنيه بتفسيرك للأمور و (ب).

الطالب: وماذا أفعل إذن؟ هل تريدني أن أشعر بالفشل ولا «أزعل».

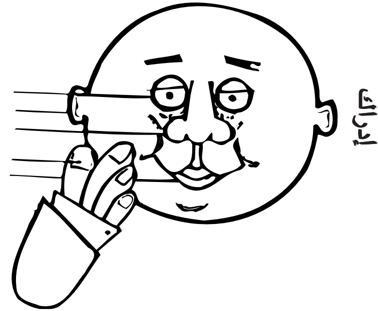
المعالج: القضية ليست في «الزعل»، ولكن في البحث عن حلول. يبدو لي أنك تستعيض عن النشاط بالزعل. إنك تقول لنفسك إنني فشلت، ولكي أثبت أنني متأثر فإنني يجب أن «أزعل». هل تظن أن «الزعل» هو العلاج؟ أنت أشبه في هذه الحالة بشخص يرى النار تشتعل أمامه في المنزل،

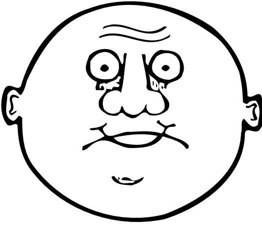
رسم تخطيطي يوضح كيف يحدث
الاضطراب الانفعالي

كيف يحدث الانفعال ؟

(أ)
الموقف

(ج)
المشاعر
والسلوك





اللغة أو الحوار الداخلي أو ما تقوله لنفسك عند حدوث الموقف

الانفعال أو الشعور الذي تختاره لكي يتلاءم مع (ب)

(ب)

الاعتقادات التي تنسجها ، اتجاهاتك الشخصية عاداتك وقيمك التي تعلمتها من قبل

فيجري إلى حجرة نومه ليجهش بالبكاء. هل هذا ملائم؟

الطالب: لا ... طبعا لابد من محاولة لإطفاء النار.

المعالج: نعم... أنت على حق هنا. ولهذا دعنا نفسر الأمر بصورة أخرى، دعنا نبحث عن بعض الأخطاء التي ارتكبتها في حق نفسك خلال العام الدراسي. هل تعتقد أنك كنت تعمل بنفس الدرجة من الجدية والتنظيم اللذين كنت تعمل بهما في السنوات السابقة؟

المريض: حقيقة لا. لقد أضعت كثيرا من الوقت في اجتماعات ولقاءات الأهل، وزياراتهم، وكان لا يمر علي يوم إلا وهناك زائرون من الجماعة أو

زملاء المدينة، ما فيش ساعة كانت تعدي إلا وأجد الهاتف، أو الباب وناس رايحة وناس جاية.

المعالج: إذن من ههنا نبدأ. لا شيء يأتي من الهواء، عملية تنظيم الوقت ليس أكثر، ربما تستطيع الآن أن تبدأ بصياغة (ب) بطريقة جديدة...؟؟

الطالب: أعني أن أقول لنفسي إن هذه تجربة سيئة حقا كشفت لي عن أخطاء كنت أمارسها، ويجب أن تكوِّن منها درس وعظة.

المعالج: والعظة... هي؟؟

الطالب: أن أحاول بكل جهدي طبعا أن أغير من طريقتي... على أمل أن يكون المستقبل أفضل.

المعالج: بالضبط... هذا هو ما تريد أن تتعلمه الآن... هل ترى الآن كيف تغير الطريق أمامك... لقد أصبحت الأمور في زمام يدك... بدلا من المبالغات والاكتئاب... وفي هذه الحالة طبعا يمكنني مساعدتك على تنظيم علاقاتك الاجتماعية التي تلتهم وقتك، وتنظيم الجدول الدراسي بطريقة نشطة.

الطالب: فعلا هذا ما أحتاجه.

المعالج: نعم، ولكن قبل ذلك، أو مع ذلك، أريدك أن تتدرب جيدا على اكتشاف حواراتك مع نفسك. لهذا أريدك وقبل الجلسة القادمة، أن تأخذ هذه الاستمارة، وتتابع لمدة ثلاثة أيام تحليل المواقف التي تمر بك لتكشف تأثيرها عليك، وتستخلص أنواع الحوار الذاتي التي تقوم بها عادة، لأنني شاعر بأن علاقاتك الاجتماعية المنتشرة، والتي لا تستطيع ضبطها جيدا من الأشياء التي تحتاج إلى تفسيرات عاقلة (يسلمه المعالج استمارة التحليل العقلاني) كما أريد منك أن تسجل لي ولمدة أسبوع على الأقل وبالتفصيل ساعة بساعة ماذا تفعل، منذ أن تستيقظ صباحا حتى تنام (هدفنا هنا هو أن نكتشف معه في الجلسة القادمة الأخطاء السلوكية والاجتماعية التي يمارسها والتي تكشف نشاطاته).

يمثل الحوار السابق جزءا من جلسة فعلية أجريت مع أحد الطلاب، وهي تكشف لنا بوضوح أن التفسيرات التي وضعها هذا الطالب، لم تكن لتقوده للطريق الإيجابي الذي سيساعده على مواجهة ضغوط الدراسة

والإحباط. وهو كالغالبية العظمى من العصابيين قد وجد من السهل أن يفسر الأمر بطريقة لاعقلانية، وانهزامية، سهلت عليه أن يستعيض بالبكاء ولوم الذات واختلاق الضيق - يستعيض بها عن الفعل النشط والإيجابية في السلوك. ولهذا فقد شعرت بأنه بالفعل يفكر بطريقة الشخص الذي يحترق منزله، فيجد أن الحل يكمن في الإجهاش بالبكاء، بديلا غير ناضج، وغير بناء عما يجب أن يفعله في مثل هذه المواقف من جهد، وتشخيص لأسباب المشكلة. ولهذا رأينا أن العلاج قد أخذ ينحو منحى علاجيا منذ هذه اللحظة. وسنرى فيما بعد الأساليب التي يمكن استخدامها للاستعاضة عن الأفكار اللامنطقية بأفكار أخرى منطقية، وأساليب تعديل السلوك الذهني بشكل عام.

الباب الثالث
آفاق العلاج ومحاوره

١١ معالجة الضغوط والتعايش مع أحداث الحياة

ترتبط الضغوط فيما أسلفنا بالأحداث اليومية، فكلنا بلا استثناء نتعرض يوميا لمصادر متنوعة من الضغوط الخارجية، بما فيها ضغوط العمل والدراسة، والضغوط الأسرية، وضغوط تربية الأطفال، ومعالجة مشكلات الصحة، والأمور المالية، والأزمات المختلفة. كما نتعرض يوميا للضغوط ذات المصادر الداخلية، وأعني هنا أنواع الأدوية التي نتعاطاها، وبعض أنواع الطعام، أو كميته، والمضاعفات المرضية، والآثار العضوية والصحية السلبية التي تنتج عن أخطائنا السلوكية في نظام الأكل، أو النوم، أو التدخين، أو التعرض للملوثات البيئية. ومعالجة الضغوط، لا تعني التخلص منها، أو تجنبها، واستبعادها من حياتنا. فوجود الضغوط في حياتنا أمر طبيعي، ولكل فرد منا نصيبه من الأحداث اليومية بدرجات متفاوتة، ووجودها لا يعني أننا مرضى، بقدر ما يعني أننا نعيش ونتفاعل مع الحياة، ونحقق طموحات معينة، وخلال ذلك، وبسببه تحدث أمور متوقعة أو غير متوقعة. ومن ثم فإن علاج الضغوط لا يتم بالتخلص منها، وإنما

يتم بالتعايش الإيجابي معها، ومعالجة نتائجها السلبية. ومعالجة الضغوط تعني ببساطة أن نتعلم ونتقن بعض الطرق التي من شأنها، أن تساعدنا على التعامل اليومي مع هذه الضغوط، والتقليل من آثارها السلبية بقدر الإمكان. صحيح أن التغيير من البيئة المشحونة بالتوتر والبعد عن الموقف المثير للضغط، قد يؤدي إلى تحسين تلقائي في الأعراض النفسية التي تنتج عن الضغوط. ولهذا يعتبر التغيير من الموقف (كالعمل المشحون بالتوتر والصراع) من أهم مصادر التحسن. فقد تبين أن حوالي 60٪ من حالات الاضطراب المرتبطة بالحروب وعصاب الحرب تشفى بعد إبعاد المجندين من خط النار. وفي كثير من الأحيان يتعذر تغيير البيئة، وفي تلك الحالة لا يكفي أسلوب تعديل البيئة أو تغييرها. إن معالجة هذه الضغوط تتطلب إتقانا للأساليب العلاجية بما فيها التدرب على الاسترخاء، وتعديل الحوارات الشخصية، وإعادة فهمنا للواقع، ولإمكانياتنا الانفعالية، والتدرب على المهارات الاجتماعية التي من شأنها أن تساعدنا على حل مختلف صراعات العمل والأسرة والتوافق معها. ولهذا فإننا نعتبر الفصول التي يتضمنها هذا الباب، جزءا أساسيا من المهارات المطلوبة في معالجة الضغوط. ولبلورة الخطوط العريضة، والنقاط الرئيسية التي يمكن أن تشتمل عليها الأساليب الملائمة لمعايشة الضغوط، والتغلب على آثارها السلبية، نلخص في النقاط التالية كثيرا من نتائج البحوث العلمية، والتجارب التي أجراها علماء الصحة النفسية للإعانة على ضبط الضغوط والتحكم فيها أو في نتائجها على نحو فعال.

معالجة الضغوط أولا فأولا لتجنب تراكمها:

سجلّ الضغوط التي تواجهها في الوقت الحالي. وعالجها أولا فأولا، فحتى الضغوط البسيطة، أو التافهة، تتحول إلى عبء ضار بالصحة إذا ما تراكمت، وتجمعت دون القيام بحلها أولا فأولا. استعن بمقياس الضغوط في الفصل السابع للتعرف على مختلف أنواع الضغوط التي تواجهها في الوقت الراهن. لاحظ أن بعض هذه الضغوط تحدث نتيجة لأعباء ذات مصدر خارجي أو اجتماعي، وبعضها داخلي. ولهذا ولأغراض عملية يمكن أن تشتمل الضغوط على قطاع واسع من الأعباء، وتمتد لتشمل صراعاتك

مع رئيسك في العمل، أو مع الزملاء، إلى تعرضك للمشكلات اليومية المتعلقة بالزحام، ومشكلات المرور اليومية، والتلوث، والتدخين، والكافيين، والمشاحنات الأسرية، ووجود طفل مشاغب، أو قعيد. كما تشمل الضغوط وجود عمل لم يتم بعد، وقرب موعد مهم كالامتحــان، أو مقابلة عمل، اتخاذ قرارات خاصة بالعاملين معك أو بأحد أفراد الأسرة، تعرضك للإصابة بالبرد أو المرض، أو وجود أعمال مؤجلة جاء موعدها، أو حتى الأمور السارة بما فيها الإعداد للسفر، أو التعامل مع العاملين إثر حصولك على ترقية...الخ، بعبارة أخرى، تشتمل الضغوط على كل المنغصات اليومية التي تمر بها، وكل ما من شأنه أن يمثل عبئًا على حياتك الراهنة. بالطبع تتسم بعض هذه الأعباء بأنها غير سارة (كالمنغصات اليومية أو الإزعاجات التي تتعرض لها في البيئة الخارجية أو المرض)، وبعضها سار. لكن النتيجة قد لا تختلف كثيرا إذا تركت هذه الأعباء تتراكم دون محاولة منك للسيطرة عليها أولا فأولا.

التخفف من الضغوط وليس التخلص منها تماما هو المطلوب:

اجعل أهدافك معقولة، فليس من الواقعي أن تتخلص من كل الضغوط والأعباء تماما من حياتك. اجعل هدفك بدلا من ذلك ينصب على التخفيف من هذه الضغوط. فمن المؤكد أن مجرد تقليل بسيط منها سيؤدي إلى نتائج وفرق ضخم في قدرتنا على التكيف معها ومعالجتها. وهناك بالطبع أنواع من الضغوط ضرورية، كضغوط العمل، والمشكلات الأسرية. ومن ثم يجب أن تتدرب على التعامل والتكيف معها، ومحاولة حصر نتائجها السلبية ما أمكن. وهناك ضغوط يمكن التخفف منها، أو التوقف عنها. قلل مثلا أو توقف عن التدخين، أو الطعام الدسم، أو تعاطي الخمور إذا كنت تشعر بوجود تغيرات صحية أو مزاجية من شأنها أن تضيف مزيدا من العبء على حياتك. ابحث عن طرق أكثر فاعلية لتساعدك على حل الصراعات في مجال العمل والأسرة. حاول أن تكتشف، ومن ثم أن تتجنب الظروف التي تؤدي إلى تعرضك للإصابة بالأمراض الجسمية كالبرد أو الزكام بما في ذلك السهر، عدم حصولك على قسط واف من النوم الهادئ، التلوث البيئي... الخ.

التوازن بين الاحتياجات الخاصة وإلحاحات الآخرين:

ليس باستطاعتك أن تفي باحتياجات الآخرين ومتطلباتهم منك، فاجعل هدفك من العلاقات الاجتماعية معقولا. فمن المتعذر أن تلبي، وأن تجعل هدفك هو إرضاء كل من تعرف ومن لا تعرف، وكل من هو في حاجة إليك. من الجميل بالطبع أن تساعد، وأن تمنح بعضا من وقتك وجهدك للناس، ولكن لا تنس أن لك أيضا احتياجات خاصة للصحة والراحة، ووقت الفراغ، والترفيه. فلا تنس أن تكون واقعيا في تلبيتك لمتطلبات الآخرين، وإلحاحاتهم، وأنك أيضا في حاجة إلى وقت خاص لك وإلى قدر من الخصوصية، والعزلة.

تعلم الرفض للطلبات غير المعقولة:

تعلم أن تقول «لا»، للطلبات غير المعقولة (وحتى الطلبات المعقولة، في بعض الأحيان). ولكن لا يعني ذلك أن تقول «لا» من أجل المخالفة والمعاندة، وخلق جو عدائي، إنما يعني أن تكون قادرا على أن تعرف احتياجاتك، والوقت المتاح لك، وأوليات العمل بالنسبة لك، وأن تعترف، وتعلن عدم قدرتك على تلبية ما يلقى عليك من متطلبات.

المعالجة البناءة للصراعات وخلافات الرأي:

عندما تثور بينك وبين الآخرين صراعات، أو خلافات في الرأي لا تجعل هدفك أن تكسب كل شيء، ولو كان ذلك على حساب الآخرين. افتح دائما مجالا للتفاوض، وتبادل وجهات النظر، والوصول إلى الحلول التوفيقية. وتذكر دائما أن أفضل الحلول هي تلك التي تحقق كسبا متبادلا لجميع الأطراف الداخلة في الصراع أو الخلاف، ما أمكن. وحتى إذا تعذر أن تكسب في موقف، أو أن تحوله لمصلحتك، بسبب ظروف قاهرة، أو خارجة عن إرادتك، فليس معنى ذلك أن تبقى ناقما، ساخطا، مكظوما. إن الخسارة، وحدها ليست هي التي تمثل الخطر الأكبر على الصحة، ولكن إدراكنا لهذه الخسارة، وتفسيراتنا الحمقاء لها، واستجاباتنا الانفعالية، وما فيها من غضب مكتوم هي السبب الرئيسي للنتائج السلبية، والمرضية. فتذكر أن تفلسف الأمور بطريقة إيجابية، عندما تتعرض للفشل، وأن تحصل على

أكبر قدر ممكن من الاسترخاء، والهدوء، بدلا من الاستمرار في المواجهات والصراعات.

توزيع الأعباء على الآخرين:

وزع الأعباء الملقاة على عاتقك، بدلا من أن تضع نفسك في موقف المسؤول عن كل كبيرة وصغيرة في المنزل أو العمل. إنك بذلك تحقق كسبين: تمنح نفسك وقتا أطول، وفرصة أفضل للاهتمام بأولويات أخرى تشعر بأنها أهم، كما أنك تمنح الآخرين فرصة أكثر لتحمل المسؤولية، ومن ثم يكون بإمكانك تحويلهم إلى قوة إيجابية فعالة لسير العمل، وأمور الأسرة، ومن ثم تخفيف الأعباء الملقاة عليك. أعرف نسبة كبيرة من السيدات تتبلور مشكلاتهن الرئيسية في الإصرار على القيام بكل متطلبات المنزل، واحتياجات أفراد الأسرة. ونتيجة لهذا تتعرض المرأة منهن للإرهاق السريع، والغضب المكتوم (الذي يتحول إلى اكتئاب). إن علاج جزء كبير من المعاناة من الاكتئاب عند هذا النوع من المريضات، يتمثل في توزيع المسؤولية، أو الاستفادة من الخدمات الخارجية للتخفف من هذه السلسلة من الأعباء كالكي والغسيل، وتنظيف المنزل.

إيقاع العمل:

تمهل، وهدئ من سرعتك، وإيقاعك في العمل والحركة، ومعالجة الأعباء اليومية. بعبارة أخرى، تجنب أن تزحم وقتك وتملأ جدولك اليومي بنشاطات يومية على مدار الساعة. امنح نفسك يوميا وقتا للراحة والاسترخاء، والترفيه، والتأمل. نظم جدولك اليومي بطريقة متوازنة، بحيث تجعل فيه وقتا لهواياتك، وحياتك الاجتماعية، والروحية، وللأسرة، وللعمل.

الإقلال من الشعور العدواني، وتعلم طرق جديدة للتغلب على الغضب والانفعال:

تبين أن الإقلال من المشاعر العدوانية، ومحاولة استخدام طرق أفضل لحل المشكلات، والصراعات، والخلافات اليومية مع الآخرين يقومان بدور فعال في التغلب على النتائج السلبية التي يمكن أن ترتبط بالضغوط.

وأصبح من المعروف أنه كلما استطاع الشخص ضبط عدوانه وعدائه للآخرين، قلت تصرفاته الانفعالية التي تشعل الأمور أكثر، وقل عداء الآخرين له. فضلا عما يتركه ذلك من مشاعر طيبة، وذات نتائج أفضل للصحة النفسية والجسمية معا.

وتزداد خطورة هذا الجانب في مجالات العمل بشكل خاص. ففي أي مجال عمل، توجد نظم، وعلاقات شائكة، وقيم مقبولة، ولا تحددها بالضرورة الكفاءة، أو الذكاء، أو ما تملك من ثقافة أو خبرة، بقدر ما تحددها الأدوار الاجتماعية والرئاسية، ومصلحة العمل كما يراها الجهاز الإداري المهيمن. في مثل هذه المواقف لا يساعد الغضب، والإحباط، وفقدان السيطرة على النفس على إبرازنا بصورة إيجابية، بل يجعل الشخص مستهدفا للنقد، ويظهره بمظهر عدم النضج والعجز عن التحكم الانفعالي. ولهذا نجد «ألبريكت» يحذر من فتح مجالات للصراع في مجال العمل، ويرى أن صراعات العمل تلعب دورا خطيرا معارضا للصحة ومدمرا للتوافق (Albrecht, 1986, p.151). ولعل أهم نتيجة سلبية للمغالاة في الانفعالات، وعدم ضبط مشاعر السخط، والاستسلام للغضب، أنه يخلق لدى الآخرين من الزملاء والرؤساء مخاوف من الشخص المنفعل. وللخوف هنا أكثر من جانب سلبي. فهو يخلق عدم طمأنينة، ويوجه الشخص الخائف إلى حماية نفسه خوفا مما قد يفعله الشخص الهائج عند انفعاله. وفي مثل هذا المناخ، قد يتم اللجوء للأساليب الالتفافية، وتطبيق اللوائح التأديبية، وجمع الأدلة على ما يفعله الشخص المنفعل من أخطاء أو سلبيات. ومن ثم تتفاقم الأمور، وتتزايد الضغوط.

ومن ثم يحتاج الشخص في مثل هذه المواقف إلى أن يدرب نفسه على عدم الانزعاج لكل كبيرة أو صغيرة، وأن يدرب نفسه على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية التي تمكنه من تحويل مواقف التشاحن والصراع إلى مواقف من المكسب والتبادل. ومن المؤكد أن مهارات تأكيد الذات والتدريب على الاسترخاء، وتعديل الحوارات الداخلية، وتعديل طرقنا في تفسير نوايا الآخرين ومقاصدهم، والبحث عن دعم الأصدقاء والمعارف، جميعها تلعب دورا مهما في الاتجاه الصحي، مما يساعد الشخص على التحكم الانفعالي بطرق إيجابية. لهذا ننصح بقراءة الفصول التي تتعرض لهذه

المهارات في هذا الكتاب، مع محاولة ممارسة الأساليب الفنية التي تشتمل عليها على نحو منتظم، وبطريقة عملية.

الاسترخاء:

تدريب النفس في المواقف الطارئة، وعندما تزدحم وتتزاحم المشكلات اليومية، على ممارسة الاسترخاء من الأساليب المهمة لمواجهة الآثار السلبية للضغوط. ومن المرغوب فيه أن نمارس الاسترخاء يوميا عددا من المرات إلى أن يصبح أسلوبنا في الحياة. وهناك أكثر من طريقة للتدرب على الاسترخاء، عرضناها في الفصل الثالث عشر. ولكن هناك طريقة مختصرة، كما في المثال الآتي:

(إطار شارح 1 ـ 11)

معالجة الضغوط في نقاط

إذا فشلت في تغيير الموقف، أو إذا شعرت بأن تغيير الظروف والبيئة المشحونة بالضغوط والتوترات أمر غير واقعي ومن الصعب أو من المتعذر عمله، ففيما يلي بعض القواعد لمعايشة الضغوط، والتغلب على نتائجها السلبية، ومعالجتها:

1 ـ معالجة الضغوط ومواجهتها أولا فأولا، لأن تراكمها يؤدي إلى تعقدها وربما تعذر حلها.

2 ـ اجعل أهدافك معقولة، فليس من الواقعي أن تتخلص من كل الضغوط والأعباء تماما من حياتك.

3 ـ الاسترخاء في فترات متقطعة يوميا.

4 ـ الإقلال بقدر الإمكان من الانفعالات والمشاعر السلبية كالعدوانية، والغيرة، وتعلم طرقا جديدة للتغلب على الغضب والانفعال.

5 ـ محاولة حل صراعات العمل أو الأسرة بأن تفتح مجالا للتفاوض، وتبادل وجهات النظر، دون غبن بالآخرين، وبنفسك.

6 ـ تحسين الحوارات مع النفس، أي الحوار الإيجابي مع النفس وتجنب تفسيرك للأمور بصورة كارثية مبالغ فيها.

7 ـ تكوين دائرة من الأصدقاء والمعارف الذين يتميزون بالود ولطف

المعاشرة، وتجنب هؤلاء الذين يميلون إلى النقد، والتصارع.

8 ـ أن توسع من اهتماماتك، وتوسع من مصادر المتعة، وتنوع من خبراتك في السفر والتعارف والقراءة.

9 ـ وزع الأعباء الملقاة على عاتقك، وتعلم طرق تنظيم الوقت.

10 ـ تمهل، وهدئ من سرعتك، وإيقاعك في العمل.

11 ـ تعلم أن تقول «لا»، للطلبات غير المعقولة.

12 ـ وازن بين احتياجاتك الخاصة للصحة، والراحة، ووقت الفراغ، والترفيه، وبين تلبيتك لمتطلبات الآخرين، وإلحاحاتهم.

13ـ الاتجاه الصحي واللياقة البدنية بما في ذلك:

- الرياضة واللياقة البدنية.
- النظام الغذائي المتوازن، والمناسب لظروفك الصحية ولعمرك.
- الراحة البدنية.
- العادات الصحية الطيبة بما فيها تجنب التدخين، واللجوء للأخصائيين إذا ما تطلب الأمر.
- احم نفسك جيدا من مشكلات البيئة كالتلوث، والضجيج، واستنشق الهواء الجيد...

خذ نفسا عميقا بسرعة ولكن بهدوء. اعقد يديك، واضغطهما بقوة معا. إذا كنت جالسا، ضم ساقيك معا بإحكام، إلى أن تشعر بقليل من الألم. شد بطنك بقوة إلى الداخل. ضم فكيك بشدة. حافظ على هذا الوضع المشدود في أعضاء الجسم لفترة تتراوح من 5 ـ 7 ثوان. والآن عد إلى وضعك الطبيعي. تنفس للخارج ببطء. لاحظ جسمك وهو يعود لحالة الاسترخاء. لاحظ أن التوتر والشد يتبددان تدريجيا، وأنت تردد بينك وبين نفسك أنك مسترخ وهادئ.

إذا لم تحقق الاسترخاء المطلوب وتزل التوتر من جسمك، أعد هذا التمرين إلى أن تحقق الاسترخاء المطلوب. (لكن لا تبالغ في عملية التوتر، والشد العضلي، إذ تكفي درجة معقولة منه تمكنك من الإحساس به، ومن ثم الإحساس بالاسترخاء اللاحق لعملية التوتر). بحيث يمكنك أن تكون مسترخيا وأنت في قمة النشاط. فالمحافظة على أعضاء الجسم في حالة من الهدوء، يساعد على التفكير الهادئ، وهذا بدوره يمنحك طاقة أكبر

على العمل النشط، ومغالبة التعب والإرهاق السريع (انظر الفصل 13 للمزيد عن هذا الموضوع، وللمزيد عن تمرينات الاسترخاء وشروط ممارستها).

مراقبة أسلوب التفكير وطريقة تفسير الأمور:

التفكير في الأمور قد يكون أحيانا أسوأ من الأمور ذاتها، ومن ثم تجيء أهمية تدريب الذات على الحوار الإيجابي مع النفس وتجنب تفسير الأمور بصورة كارثية مبالغ فيها. لأن أسوأ ما في الأمور هو أن نسمح لمبالغاتنا، وتهويلاتنا، بأن تحكم حياتنا، وأن يمتد تأثيرها، بسبب تفكيرنا فيها بصورة سلبية. والحوار الداخلي والحديث الإيجابي مع النفس، فن يمكن إتقانه والتدرب عليه، ويمكن إتقانه وفق هذه الخطوات:

- مراقبة الذات عند مواجهة الأمور الصعبة أو البسيطة.
- تحديد الحالة الانفعالية المسيطرة عند مواجهة هذه الأمور: هل هي غضب، أم اكتئاب، أم قلق وخوف ؟
- مراقبة الأفكار، والحوارات الداخلية، وأسلوبنا الخاص في فهم الأمور، وأنواع التفسيرات التي نضعها للموقف أو المواقف التي تواجهنا (وكتابتها).
- تبين الصلة بين ما يتملكنا من انفعالات غاضبة أو مكتئبة، وبين محتوى الأفكار وأنواع التفسيرات التي تضعها للمواقف التي تواجهنا.
- بعد ذلك يجيء دور تجنب استخدام نفس التفسيرات التي ارتبطت بالحالة النفسية السيئة (هناك أساليب متعددة للتغلب على طرق التفكير الخاطئة، عرضناها بالتفصيل في الفصلين العاشر والثامن عشر).

اللياقة الصحية:

من الأشياء التي بيَّن البحث العلمي أهميتها في التخفف من الضغوط، والاكتئاب، الاهتمام بالتمارين الرياضية. ولا نعني بذلك التعصب المقيت لجماعات رياضية معينة أو ناد بعينه، ولا نعني به الاهتمام القهري بالقوة، وبناء العضلات، لكن التمرينات الرياضية الخفيفة كالمشي والسباحة، من الأشياء التي تساعد على التنظيم الفيزيولوجي لأعضاء الجسم، كما أنها تزيد من حيوية الجسم والطاقة والنشاط.

ولعل من إحدى الفوائد المهمة للرياضة، والمثابرة على التمرينات الرياضية، ما تقوم به من دور رئيسي في تحقيق الاسترخاء، الذي يساعد بدوره على الهدوء، والوقاية من الأمراض النفسية والجسمية، والنوم الهادئ. فضلا عن هذا تبين أن التمرينات الرياضية تساعد الجسم على امتصاص الفيتامينات والمعادن المختلفة التي نتناولها، مما يحسن بدوره من وظيفة الجهاز المناعي (Charlesworth & Nathan, 1991, p.325). وعندما نكون في حالة صحية، وعندما نتمتع بلياقة بدنية عالية، تزداد قدرتنا على مقاومة الضغوط والتوتر. ومن المعروف أن كثيرا من الوظائف الجسمية التي ترتبط على نحو مباشر بالناحية النفسية، كوظائف القلب والرئة والدورة الدموية تتحسن بشكل واضح، فنجد أنفسنا أكثر قدرة على التنفس السليم، والنشاط، والحيوية، مما يقلل بدوره من التعرض للقلق والاكتئاب. ويعلم خبراء الصحة، والأطباء، وعلماء وظائف الأعضاء أن هناك قائمة طويلة من الفوائد التي نجنيها من الرياضة المعتدلة (كالمشي أو الهرولة، بما يعادل ثلاث مرات أسبوعيا لخمس وأربعين دقيقة في كل مرة)، بما في ذلك: تنظيم ضغط الدم، تخفيض نسبة الكولسترول، تخفيض نسبة السكر في الدم، تنظيم الدورة الدموية، تحسين قدرة الرئة في أداء وظائفها، تقوية عضلات القلب. وغني عن الذكر ما تلعبه هذه الوظائف في اللياقة الصحية والبدنية على السواء. في دراسة على 12 ألف شخص تبين أن الأشخاص الذين يحرقون أسبوعيا ما يعادل 16 ألف سعر حراري، في نشاطات ترفيهية ورياضية تقل بينهم أمراض الضغط والقلب بنسبة 40٪، بالمقارنة بزملائهم الذين لا يمارسون نشاطات رياضية.

ويوصي علماء علم النفس الرياضي sport psychologists بأن الوصول إلى متطلبات اللياقة الصحية والبدنية، يحتاج من 15 إلى 60 دقيقة من التمارين الرياضية ثلاث مرات أسبوعيا. ولكي نصل بالتدريب إلى الفائدة المرجوة منه يفضل أن تكون الممارسة متصلة. بمعنى أن يتراوح وقت التمرين الواحد من 15 ـ 30 دقيقة متصلة وليست متقطعة (أي ألا تكون مثلا،10 دقائق صباحا و 10 دقائق مساء (Charlesworth & Nathan, 1991; Mahony,1987)

وبالرغم من أن النشاطات الرياضية تحتاج إلى المثابرة، فإن من الأفضل أن يبدأ الشخص ممارسة التدريبات على نحو معتدل إلى أن يتحول النشاط

الرياضي إلى أسلوب حياة. وإذا لم يسمح وقتك لأي سبب من الأسباب، أو إذا لم يكن المكان يسمح، فمن الممكن إدماج الوقت المطلوب في نشاطاتك اليومية المعتادة. مثلا: عود نفسك السير عند الانتقال من مكان إلى مكان آخر، أوقف سيارتك بعيدا قليلا عن عملك، تحرك أو مارس بعض النشاطات الرياضية في أثناء أدائك لبعض الأعمال الروتينية في المنزل، مارس الوقت المطلوب، خلال مشاهدة التليفزيون، اذهب لدور العبادة سيرا على القدمين، اصعد على الدرج بدلا من المصعد الكهربائي، ساهم في النشاطات المنزلية التي تحتاج إلى الحركة...الخ. وتتفق البحوث على الدور الذي يلعبه التنفس الجيد، وبعمق في التحسين من المستوى الصحي النفسي والجسمي. وقد يعتقد البعض أن عملية التنفس عملية آلية، نقوم بها جميعا ولا تحتاج إلى التوجيه والتدريب، لكن البحوث المعاصرة، بينت أن التنفس الجيد أمر قد يغفل عنه الكثير، وأن النجاح فيه يرتبط بارتفاع الأداء الصحي، والتخفيض من مستويات الاكتئاب والقلق. ومن القواعد السليمة لتحقيق التنفس الجيد أن نركز على التنفس من البطن وليس من الصدر. عندما تستنشق الأكسجين من صدرك يكون غير كاف ويتطلب جهدا أكبر، وكلما قل استنشاق الأكسجين أدى إلى رفع ضغط الدم، وزاد من عدد نبضات القلب، كذلك يمنع من رفع الدم إلى المخ. (لكي تتأكد أنك تتنفس من البطن وليس من الصدر: ضع كتابا على بطنك، خذ نفسا عميقا، تكون طريقتك في التنفس جيدة إذا لاحظت أن بطنك يرتفع بالكتاب عند الشهيق، وينخفض عندما يخرج الزفير). ولتحقيق المزيد من التنفس الجيد حاول أن يستغرق الزفير فترة أطول من الشهيق، فالزفير بشكل خاص يساعد على التخلص من السموم الموجودة بالجسم، والتي إذا لم نتخلص منها فسوف تختزن في الدهون. ويتطلب التدريب على التنفس الجيد تدريب الرئتين، ويكون ذلك بأن تأخذ نفسا عميقا وكبيرا عددا من المرات يوميا، وأن تحتفظ به لفترة في الرئتين. إن الرئتين مثلهما مثل العضلات، إن لم تقم بتدريبهما فإنهما تفقدان مرونتهما. فضلا عن هذا، حاول أن تبقي عضلات الفكين دائما في وضع مسترخ، لأن ذلك يساعد على الحصول على كمية كبيرة من الأكسجين وتوصيلها إلى المناطق المنخفضة من الرئتين. وتتطلب اللياقة الصحية الاهتمام بالنظام الغذائي. وتعرف البديهة الصحية قيمة الغذاء المتوازن،

والبعد عن النهم أو الإسراف في تناول الأطعمة الدسمة التي تفقد الجسم حيويته، وتزيد من كمية الأعباء والضغوط، والجهد. لكن الغذاء المتوازن لا يعني الحرمان من الطعام والتجويع بهدف المحافظة على النحافة والرشاقة. اللياقة الصحية تتطلب وعيا بقيمة ما نأكل والبعد عن الإسراف والتجويع كليهما. ففضلا عما يمنحه لنا الطعام المتوازن والجيد من صحة وحيوية، يساعد أيضا في تحسين صورتنا الاجتماعية، ويجعلنا أكثر جاذبية في أعين الآخرين. ولهذا فمن ضمن النتائج الإيجابية غير المباشرة التي يمنحنا إياها تتعلق بالتأثير الاجتماعي الإيحائي للصحة الجسمية، وما يؤدي إليه ذلك من زيادة في الثقة بالنفس، والإقلال من السلوك الانعزالي الذي يرتبط بصورة أكيدة بالميول الاكتئابية والقلق.

- وتتزايد أهمية الطعام الذي نأكله، إذا كانت هناك ظروف صحية أو اختلالات عضوية كضغط الدم، والسكري، وأمراض القلب تتطلب الحذر. ونظرا لما تلعبه هذه الاضطرابات في زيادة الإحساس بالضغوط والتوتر، فإن من المرغوب فيه الاهتمام بالنصائح السلوكية الآتية، والتي تتعلق ببعض التوجيهات المرتبطة بضبط السمنة، ومراعاة الوزن، والنتائج الصحية:

- اجعل هدفك واقعيا بحيث تركز لا على إنقاص الوزن، ولكن على إنقاص السعرات الحرارية بدرجة معقولة، ويتطلب منك ذلك الإلمام بالسعرات الحرارية التي تحصل عليها من الطعام يوميا، وأن تعمل على إنزالها يوميا وتدريجيا إلى أن تصل بها إلى المستوى المطلوب.

- كافئ نفسك عندما تحقق هدفك في الإقلال من السعرات الحرارية.

- عندما تفشل في إنقاص السعرات الحرارية المطلوبة، احرم نفسك من بعض المشروبات أو أنواع الطعام التي تأخذها على سبيل الترفيه.

- استخدم سياسة سلوكية فعالة عند التسوق للطعام: (مثلا: لا تتسوق وأنت جائع، تسوق بين الأوقات التي تكون فيها مشغولا أو مستعجلا، لا تجعل من السوبر ماركت مكانا للنزهة لك ولأطفالك، التزم مسبقا بقائمة مسبقة بمشترياتك من الطعام...الخ).

- لا تحمل نقودا كثيرة عندما تذهب للتسوق.

- تجنب شراء الأطعمة التي لا تتفق مع الخطة العلاجية أو الظروف الصحية التي تعاني منها (مثلا الشيبس، المكسرات المالحة، الآيس كريم،

الحلوى، المشروبات الغازية، الخ).

- تجنب الأماكن التي تغري بالطعام بما في ذلك المطاعم التي تنبعث منها الروائح النفاذة.

- تجنب أن تكون الوجبة مكونة من العديد من أطباق الطعام المختلفة (مثلا: اكتف بطبق واحد بمذاق طيب، تذكر أن تعدد الأطباق سيغريك بتذوقها جميعا، مما سيكدس سعرات ودهونا لا حاجة لك إليها).

- في داخل المنزل: لا تجعل الأطعمة في المتناول، أبعدها عن نظرك، استخدم مثلا طبقا (صحنا) صغيرا، ولا تضع الإناء الرئيسي أمامك على الطاولة، تجنب البقاء كثيرا في المطبخ.

- عندما تشعر بالقلق أو الاكتئاب، أو الضيق لا تجعل عادتك أن تتجه إلى الطعام: (تمش، اتصل بأحد الأصدقاء، خذ حماما، أو استرخ، أو اقرأ فصلا من فصول هذا الكتاب).

- لا تحرم نفسك من الطعام تماما فقد تبين أن حمية الحرمان (الريجيم)، لا تنجح في إنقاص الوزن إلا مع ما لا يزيد على 5٪ فقط.

- سواء كنت نحيفا أم سمينا تجنب السرعة وكل ببطء حتى تعطي المعدة فرصة تنبيه المخ عند الامتلاء.

- استبدل بالعناصر الضارة كالأملاح والدهون أنواعا من الأطعمة الجذابة، التي تحتوي على البهارات ذات المذاق الجذاب، أو الزيوت الخالية من الكولسترول.

- في المناسبات الاجتماعية، تعلم أن تعتذر بلباقة ولكن بحزم عن الأكل الكثير أو غير المناسب (خاصة أنواع الطعام الغنية بالدهون والأملاح).

(ننصح القارئ بأن يرجع إلى بعض المتخصصين في وظائف الأعضاء، أو التغذية أو الأطباء المعالجين للتعرف على المزيد من الخصائص الغذائية. كذلك ننصح بعدم البدء في تدريبات رياضية قبل الاستشارة الطبية، خاصة عندما تعرف أنك تعاني من بعض المشكلات الصحية، كذلك يمكن الرجوع باللغة الإنجليزية إلى: (Charlesworth & Nathan, 1991; Kaplan, Sallis, &
(Patterson 1993; Ornstein & Sobel, 1990; Rice, 1992; Mahony,1982,

12 محاور علاج السلوك الاكتئابي

أصبح من مسلمات العلم الآن القبول بالنظرية التي ترى أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم، وتفاعلات العالم والآخرين به واستجاباتهم له. فمن خلال هذه التفاعلات يتعلم الإنسان شتى جوانب السلوك بما فيها جوانب السلوك التي تساعده على تأكيد صحته وأمنه، وتلك التي توجهه للطريق المرضي: أي أمراضه وطريقته الشاذة في استجابته للبيئة. ويتم اكتساب السلوك تدريجيا وبطريقة تراكمية في حياة الإنسان، إلى أن يتحول شذوذه وتتحول اضطراباته وأمراضه السلوكية إلى عادة وأسلوب حياة. ونطلق على هذا الشذوذ فيما بعد ـ وبعد أن يتحول إلى عادة راسخة ـ المصطلحات المختلفة للاضطرابات النفسية والعقلية، التي تجسد أعراض هذا الشذوذ واتجاهاته. فإذا كانت عادة الإنسان أن يواجه مواقف الحياة بخوف وهلع مبالغ فيهما انفعاليا، قلنا إنه يعاني من الخوف أو القلق. أما إذا كانت عادته أن يواجه مواقف الحياة بصورة غير المكترث أو الحزين المتشائم الذي يتوقع دائما الضرر، وصفنا

سلوكه هذا بالاكتئاب. ونصف سلوكا شاذا آخر بالفصام، إذا تميز صاحبه بالاستجابة الغريبة، بما فيها من هلاوس وهواجس تشوه الواقع وتجعله يدرك نفسه والعالم من حوله على نحو غير مألوف ولا يتلاءم مع وقائع الحياة... وهكذا.

وأصبح من المسلم به بين نسبة كبيرة من المعالجين، أيضا أن ما نتعلمه يمكن ألا نتعلمه، أو أن نتعلم أساليب أفضل منه. ولهذا نجد أن أحد الأهداف الأساسية لما يسمى بالعلاج السلوكي، أن نوجه السلوك - بغض النظر عن مسبباته وراثية، أو اجتماعية - إلى وجهات مقبولة ومرغوبة وتحقق للفرد ولمن حوله - من أفراد الأسرة والمجتمع الأكبر - الرضا والفاعلية والسعادة. وينظر المعالج السلوكي إلى أعراض أي اضطراب نفسي على أنها جوانب وأنواع من السلوك لا تلائم الفرد من وجهة نظر الصحة والفاعلية، وتعوقه عن التوافق، والتكيف، وعن تحقيق إمكانياته الشخصية والعقلية. ويرى المعالج الحديث أيضا أن بالإمكان ملاحظة هذا السلوك وتحديده، ومن ثم يمكن ضبطه، أو استبداله، أو توجيهه وجهات إيجابية وبناءة.

من معمل بافلوف إلى الطفل «ألبرت»:

من الميسور أن نرد بدايات التصورات السلوكية للعقد الأول من هذا القرن. ففي نفس الفترة التي شهدت «سيجمند فرويد»، برز «إيفان بافلوف» في روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس تلك التي أكسبته تقديرا واسعا لقاء نظرياته فيه، والتي منحته بسببها اللجنة العلمية لجائزة نوبل جائزتها المعروفة، والتي تحمل نفس الاسم.

وعلى الرغم من أن تأثير «بافلوف» في علم النفس لم يتبلور بصورة مبكرة مثل «فرويد»، فإن الظروف شاءت أن تجعل منه مؤسس الوجهة السلوكية في علم النفس، خاصة عندما استطاع «واطسون» أن يطبق بمهارة نظريات «بافلوف» في الفعل المنعكس الشرطي، ليصف بذلك ولأول مرة كيفية اكتساب السلوك والأمراض النفسية وإزالتها، وفق قواعد نظرية التعلم كما أصلها «بافلوف». وفي فترة قريبة برز أيضا «سكينر» الذي استطاع أيضا أن يرسخ مناهج سلوكية متطورة عن تعديل السلوك.

استطاع «بافلوف» ـ على أي حال ـ أن يثبت أن من الممكن أن يعلم حيوانا ما أن يسيل لعابه بمجرد سماعه لصوت جرس أو رؤيته لضوء معين، إذا ارتبط تقديم الطعام، بصوت الجرس أو إشعال الضوء. وقد أبدى «واطسون» اهتمامه بتجارب «بافلوف»، فاستطاع أن يخلق مرضا نفسيا (وهو الخوف المرضي) لدى أحد الأطفال (ألبرت) بطريقة تجريبية في داخل المختبر. كان «ألبرت» في عامه الأول عندما قام «واطسون» بتعريضه لفأر أبيض عددا من المرات، وفي كل مرة يقرع صوتا عاليا مفزعا عندما يظهر الفأر. كان هدف «واطسون» أن يبين أن المخاوف يمكن أن نتعلمها نتيجة للربط بين ظهور المنبه الأصلي (الفأر الأبيض) والمنبه الشرطي (الصوت المفزع)، تماما كما كان «بافلوف» يعلم حيواناته أن تستجيب بإفراز اللعاب نتيجة للربط بين المنبه الأصلي (الطعام) والمنبه الشرطي (صوت الجرس). ونجح «واطسون» في إثبات ذلك بالفعل، إذ تحول مشهد الفأر المحايد إلى مصدر لفزع «ألبرت» الصغير، بعد سبع مرات من تعريضه للفأر مقرونا بهذا الصوت المفزع. فكان «ألبرت» يصرخ طالبا النجدة عندما كان يشهد الفأر، وأخذت مخاوفه تتعمم، وتشمل كل الأشكال الفرائية والمشابهة للفئران كالأرانب، والكلاب... الخ. وهكذا أمكن بظهور هذا التصور النظر إلى جميع الأمراض النفسية على أنها استجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة. ولم يعد المعالجون السلوكيون ينظرون إلى الاضطراب النفسي، والمشكلات التربوية والنفسية بصفتها نتاجا لغرائز أو صراعات داخلية، كما كان «فرويد» يروج لذلك في نفس الفترة تقريبا. أصبح المرض سلوكا نكتسبه من البيئة بفعل سلسلة من الارتباطات المؤلمة بين منبهاتها المختلفة.

قاسم مشترك:

ومن ثم قام كثير من المعالجين النفسيين السلوكيين بتشكيل نظرياتهم على نسق نظرية «واطسون»، الأمر الذي أدى إلى تبلور كامل لحركة العلاج السلوكي المعاصرة، بمساهماتها المعروفة في تحليل السلوك الشاذ وعلاجه. صحيح أن الغالبية العظمى من المعالجين ينظرون الآن إلى تجربة «واطسون» المبكرة على أنها تعتبر نظرية شديدة التبسيط والآلية، إلا أن منحاهم

الفكري يتشابه في أنهم جميعا تقريبا:

1 - ينظرون للمرض النفسي بصفته سلوكا شاذا، ومكتسبا، وأنه يكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعلم.

2 - ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة في إحداث الاضطراب، وإزالة السلوك المضطرب، تماما كما فعل «واطسون» مع ألبرت».

3 - وينظرون إلى الأعراض المرضية على أنها هي الهدف الذي يجب أن يتجه إليه العلاج، وأن إزالة الأعراض تؤدي إلى التخلص من المرض النفسي والاضطراب.

4 - ولا يبذلون مجهودا كبيرا في البحث عن تفسيرات للسلوك في إطار صراعات الطفولة أو الغريزة أو الوراثة. فمن رأيهم أن التفسير أمر يختلف عن العلاج، وأن وجود وراثة أو غريزة أو أي شيء من هذا القبيل يجب ألا يؤثر بأي حال في مجهوداتنا للتعديل من أنماط السلوك الشاذ.

5 - من الأساسي بالنسبة للمعالجين السلوكيين، البدء في التحديد الدقيق والنوعي للسلوك الذي نرغب في تعديله أو علاجه. والإجراءات التي يستخدمها المعالج السلوكي لذلك، تختلف في أهدافها عما يقوم به المحلل النفسي أو الطبيب النفسي التقليدي. فالعلاج الحديث لا يتعامل مع اضطرابات، ومفاهيم عامة فضفاضة. فالاكتئاب بالنسبة لحركة العلاج الحديثة، ما هو إلا مجموعة من أنماط سلوكية (مثلا النظرة المتشائمة، الأرق، الكسل، العجز عن الفعل النشط، عدم الحسم، الشكاوى الجسمية...الخ).

6 - ومن ثم نجد أن عمليتي التشخيص والعلاج ملتحمتان. فالتشخيص يعني الاهتمام ببداية تكون الأعراض، أي أن يكون الاهتمام الرئيسي بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المريض (الذي أدى إلى طلب العلاج). والعلاج يتطلب الاهتمام بخلق شروط وأنماط جيدة من التفاعل بين الفرد والبيئة، غير تلك التي ارتبطت بتكون السلوك المرضي اللا توافقي، أو تلك التي من شأنها أن تساعد على تكوين سلوك صحي معارض، ومختلف عن السلوك المرضي.

ولا يقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد اكتشاف الاضطراب

وتحديده، ومقداره (أي التشخيص)، بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوي والجيد الذي يجب أن يتجه إليه الاهتمام بدلا من السلوك المريض، كما يساعدونه في وضع الخطة العلاجية وتنفيذها في اتجاه التخلص من الاضطراب، بكل الأساليب السلوكية المعدة خصيصا لهذا الغرض.

الثورة السلوكية الثانية: علاج سلوكي متعدد الأوجه

قدمت السلوكية البدائل الملائمة للتطور بالتفكير العلمي: قدمت البحث التجريبي بديلا عن أساطير «فرويد»، وقدمت أيضا التعلم والخبرة بديلا عن القوى الداخلية الغريزية العمياء، التي تعمل بداخل الإنسان وتسيره. قدمت ما أضاف الكثير من التطورات العلمية بحركة العلاج النفسي، ووضعه على أسس منهجية، يمكن فهمها وتطويرها. ولكن السلوكية في شكلها الأول التقليدي، ركزت على دراسة أنواع السلوك السطحية الظاهرة التي تقبل الملاحظة. وكانت ترى أن هذا هو أكثر ما نحتاج إليه لفهم الاختلالات النفسية وعلاجها. وانطلاقا من هذا كان المعالج السلوكي بدءا من «واطسون»، وحتى «سكينر»، يضع كل ما ليس بسلوك ظاهر في موضع هامشي. ونتيجة لهذا التصور الأحادي البعد، بقيت جوانب متنوعة من السلوك العادي والمرضي على السواء، بعيدة عن التناول العلمي كما روجت له النظرية السلوكية.

هذا هو الفخ الذي وقعت فيه السلوكية المبكرة، فبمحاولتها التركيز على السلوك الظاهر والخارجي فحسب، حرمت نفسها من التطور السريع، وسلبت الإنسان كثيرا من العوامل التي كان يمكن أن تكون ذات قيمة في فهمه وعلاج اضطراباته. مما خلق الانطباع عند نسبة كبيرة من المعالجين النفسيين ترى أن من الصحيح أن العلاج السلوكي قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة للاضطرابات المتعلقة بالمخاوف المرضية، والاضطرابات التي تظهر في شكل سلوك ظاهري يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه يعتبر طريقة غير مناسبة في علاج حالات الاكتئاب والقلق، والاضطرابات المعرفية، واليأس، والميول الانتحارية، والعزلة والاغتراب وغير ذلك من اضطرابات يكون التعبير عنها في شكل جوانب غير ملحوظة من السلوك.

والحقيقة أن هذا هو ما يمثل التطور الحديث في حركة العلاج السلوكي. فنشاط المعالج السلوكي الحديث في ظل هذه التطورات الراهنة، يتوجه نحو التعامل مع السلوك بصفته ذا أبعاد متعددة. ومن ثم تجد أن المعالج السلوكي المعاصر ينظر إلى المرض والاضطراب، ومختلف المشكلات النفسية والاجتماعية بصفتها تشتمل على أبعاد متعددة، وأنه توجد إمكانيات، ومداخل متعددة لتغيير السلوك. بعبارة أخرى، نرى أن الاضطراب النفسي وفق هذا التطور المعاصر نتاج لعناصر، بعضها في البيئة الخارجية وبعضها في عالم القيم والتفكير والوجدان، أي العوامل الذاتية. وبالتالي فإن علاج فرد يشكو من مشكلة معينة كالاكتئاب أو العجز عن ضبط النزعات العدوانية أو القلق... الخ، يمكن أن يتم بأن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، كما يمكن أن نعلمه طرقا جديدة من التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن نساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف.

المحاور الأربعة للاضطراب النفسي

بعبارة أخرى، السلوكية المعاصرة تتبنى نوعا من التفكير يهتم اهتماما خاصا بالمشكلة النفسية بحيث لا يجردها من طبيعتها المعقدة. ومحور هذا التصور هو أن الاضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانبا واحدا من الشخصية إنما يشمل أربعة عناصر هي:

- السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية).
- الانفعال (التغيرات الفسيولوجية).
- التفكير (طرق التفكير والقيم، والاتجاهات، وأساليب الشخص في حل المشكلات).
- والتفاعل الاجتماعي (علاقاته بالآخرين، طرقه في معالجة الضغوط، مهاراته الاجتماعية...).

قيود من الماضي، ومعاناة في الحاضر، ولا أمل في المستقبل: حالة

خذ على سبيل المثال هذه الحالة: قدم إلـيّ شاب في الثانية والثلاثين من العمر، حسن المظهر، يعد للماجستير في علم النفس، ويعمل مرشدا نفسيا في إحدى المدارس المحلية. ذكر لي ـ وهو يكاد يبكي، وبصوت خفيض منكسر ـ أنه يعاني بشدة من الاكتئاب الشديد، ولأنه، كان متخصصا في

دراسة العلوم النفسية، فقد كان له من الاستبصار والفهم، ما جعله يستنتج أن حالة الاكتئاب هذه تتملكه بعد معاناة شديدة من الفشل الاجتماعي، والقلق. وذكر أن القلق يتملكه بشدة في المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه تفاعلا مع الآخرين، بما في ذلك إلقاء كلمة عامة، أو عند مواجهة الآخرين، ولأنه كان في نفس الوقت يعمل مديرا لإحدى المدارس المحلية، فقد تعددت المناسبات الاجتماعية التي تتطلب منه مواجهة واحتكاكا بالآخرين، أو إلقاء كلمة في حفل عام، مما أضاف إليه كثيرا من المعاناة. وأضاف أنه أيضا تزوج مرتين خلال السنوات الخمس الماضية، وكلتاهما انتهت بالطلاق، وهو يعتقد أن الطلاق في الحالتين كان بسبب عيوب فيه، وضعف في شخصيته. ونظرا لأنه مقدم على الزواج للمرة الثالثة، فهو يخشى أن تنتهي حياته إلى نفس المصير السابق، عندما تكتشف زوجته الثالثة ما هو عليه من ضعف، ولهذا فقد جاء إليّ في هذه المرحلة الحاسمة من حياته لأنه لا يريد مزيدا من الفشل والعجز. وفي حديثه عن أسباب هذا الاضطراب والظروف التي أحاطت بتكون أعراضه المرضية، ذكر أنه على هذا الغرار منذ الطفولة، فهو قد نشأ في أسرة تسرف في النقد، وأن والدته توفيت وهو طفل صغير، وأن والده كان شديد القسوة والغلظة. وهو لا يتذكر من خبرات الطفولة إلا ما هو سيئ، فهو يتذكر أنه تعرض للاعتداء الجنسي وهو في الخامسة من العمر من شاب يجاوره في المسكن، وأن والده عندما علم بذلك، كان ينتقده بشدة، وأن زوجة أبيه، كانت أيضا تسرف في معايرته، وتشبهه بالأنثى. ويقول إنه يتذكر هذه الأشياء دائما وأنها لا تغيب عن ذاكرته، وأنها تساهم في تفاقم مشكلاته الراهنة، فهو يخاف الفشل الجنسي دائما بالرغم من أنه لا يعاني من مشكلات عضوية في هذه الناحية، وأنه يخاف من المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه التعبير عن نفسه، وتأكيد ذاته. واعترف بأنه زار أحد الأطباء النفسيين بنفس المستشفى، ولكنه لم يستفد إلا ببضع وصفات طبية لبعض المهدئات والعقاقير المضادة للاكتئاب، التي ساعدته أحيانا في النوم الجيد، ولكنه أبدى تحفظه قائلا إنه يريد علاجا حقيقيا لمشكلاته، وليس مجرد عملية تخفف من أعراض تذهب، وتعود.

إذا نظرنا إلى الحالة السابقة، في ضوء نظرية العلاج السلوكي متعدد

المحاور، فسنجد أن من الأفضل النظر إلى مشكلة المريض الرئيسية، وأن نتناولها وفق الأبعاد السلوكية الأربعة التي أشرنا إليها، فهناك:

1. **البعد السلوكي الظاهري:** بما في ذلك الخمول، والكسل، وانخفاض مستوى الطاقة والمقدرة على النشاط، وهناك أيضا صعوبات النوم، والأرق. فضلا عن الشكاوى الجسمية بما فيها «ضيق الصدر»، واضطرابات الجهاز الهضمي وهناك أيضا ـ فيما كشف مقياس «بيك» للاكتئاب، شهية غير جيدة للطعام.

2. **وهناك من حيث الناحية الانفعالية:** القلق الشديد، والعجز عن الاسترخاء في المواقف الاجتماعية، وعدد لا بأس به من الإجابات الدالة على صعوبات في التعبير عن المشاعر بحرية، خاصة فيما يتعلق برفض الالتماسات غير المعقولة، وتجنب الشكوى أو الاحتجاج عندما تخرق حقوقه الشخصية. كما بينت إجاباته على مقياس الاكتئاب المعرب لـ «بيك» عن الشعور بالحزن، والتشاؤم من المستقبل، وعدم الاستمتاع بالأشياء كما في السابق، ولوم النفس، والشعور بالانزعاج والاستثارة الدائمة، والشعور بالتعب حتى من دون القيام بنشاط كبير.

3. **ومن ناحية السلوك الاجتماعي:** عبر عما يعادل 19 عبارة من بين 29 عبارة تضمنها مقياس التوكيدية (الفصل الخامس عشر)، تدل جميعها على صعوبات في السلوك الاجتماعي، بما في ذلك العجز عن المعارضة أو الاحتجاج عندما تخرق حقوقه الشخصية، والافتقاد الواضح لوجود أصدقاء يثق فيهم، ويبثهم شكاواه، ومعاناته، والعجز عن التعبير بحرية عن المشاعر والانفعالات خاصة في المواقف الاجتماعية التي تتطلب قدرا من المرونة، وسهولة في التفاعل، وخاصة في التعامل مع نماذج السلطة. هذا فضلا عن توتر العلاقة بالآخرين والجنس الآخر (كما ينعكس ذلك بشكل خاص على العبارات الدالة على فقدان الاهتمام بالآخرين، وقلة الاهتمام بالجنس عن قبل، والشعور بأنه أصبح أقل جاذبية في مقياس «بيك»).

4 ـ وما يعاني منه المريض من قلق أو اكتئاب أو صعوبات في السلوك الاجتماعي، أمر غير منعزل عن الطريقة التي يفكر بها المريض، وعما يتبناه من معتقدات وتفسيرات لمشكلاته. فنحن نجده يتبنى وجهات نظر مشوهة وأفكارا لاعقلانية لا تساعده على التكيف السليم. فهو قد تبنى

أفكارا سلبية نحو الذات، والعالم، وما يحمله له المستقبل. فهو:

- يشير إلى أن كثيرا من اضطراباته قد اكتسبها بفعل التعرض في الماضي لخبرات مؤلمة، والحياة مع أب «ما زلت أكرهه»، وفي بيئة أسرية تسرف في النقد، والتوبيخ.
- ونجد أيضا على مقياس «بيك» ما يشير إلى التشاؤم من المستقبل، ولوم الذات، والتوجس، واللوم.
- ونجد ـ كما نجد لدى الكثيرين ممن يعانون من الاكتئاب ـ ميلا قويا إلى المبالغة والتهويل في إدراك العيوب الشخصية، والإسراف اللامنطقي في نقد الذات، مع التهوين من الإنجازات الشخصية، وجوانب التطور الإيجابي في الشخصية.
- ونجد ميلا إلى تعميم الخبرات السيئة التي حدثت في الماضي السحيق من حياته، وفي ظل ظروف مختلفة تماما على ما يمر به الآن من خبرات، فيتوقع الفشل، والتعثر.
- وهناك أيضا ما يدل على خاصية فكرية أخرى بين لنا «بيك» أنها تسود لدى المكتئبين، وهي: الانتقاء السلبي. فهو لا يتذكر من حياته الماضية إلا الجوانب التي تكشف عن ضعفه، وامتهانه. وربما يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع بأنه إنسان فاشل وعاجز ومهمل (قيمة سلبية نحو الذات أو تفكير غير عقلاني)، تسنده ذاكرة انتقائية سلبية لحوادث وخبرات سابقة (التعرض للاغتصاب الجنسي في الخامسة من العمر).
- نجد أيضا أن طريقته في التفكير، لا تتلاءم مع ما يطمح إليه من صحة نفسية، فهو يرى نفسه غير كفء، وضعيفا، وأنه ضحية للظروف الاجتماعية ولتربية قاسية، تعسة في الماضي.
- هناك أيضا فقر واضح في المهارات الاجتماعية، فهو سرعان ما يلقي بمسؤولية فشله الاجتماعي بشكل غامض على نفسه، مما يجعله دائما عرضة للوم نفسه بشدة. ولكنه حتى وهو يلوم نفسه يعجز عن اكتشاف أي متغيرات أو جوانب سلوكية نوعية تساعده على تشخيص مصادر اضطرابه وعلاجه. فهو يرى نفسه مسؤولا بحكم الخبرات السابقة التي حولت منه شخصا ضعيفا وعاجزا. وهناك نجده يربط بين حقيقتين غير مترابطتين بالضرورة. لأن الفشل الاجتماعي مسؤولية تتدخل فيه عناصر متعددة،

وليست بالضرورة نتيجة لعوامل شخصية فيه أو عيوب.

من هذا التحليل السلوكي السابق لمشكلات المريض نجد أن المعالج الحديث، يفضل أن ينظر إلى المشكلة، بوصفها تترجم عن نفسها في أشكال متعددة ومتصاحبة وتحدث جميعا في وقت واحد. وتعلمنا نظرية المحاور المتعددة، أنه: لأن الاضطراب يشمل كل هذه الوظائف، فإن العلاج الناجح يجب أيضا أن يتجه إلى التغيير، وبشتى الوسائل من مصاحبات الاضطراب في كل تلك الوظائف والجوانب. ومن ثم فإن الخطة العلاجية للمريض السابق يجب أن تشتمل على الآتي:

1 ـ إطلاعه من خلال التحاور، والأمثلة من حياته الشخصية على الأخطاء الفكرية، والتشويهات المعرفية التي يقوم بها والتي تؤدي على نحو مباشر إلى الاضطرابات المختلفة التي يعاني منها.

2 ـ التعديل المباشر للسلوك اللاتوافقي، من خلال تدريب المريض على اكتساب مهارات تعديل السلوك المرضي، أو كفه بطريقتين: الاسترخاء (الفصل الثالث عشر)، وتحديد أنشطة سارة يمارسها يوميا.

ويستخدم الاسترخاء بهدفين: الأول: خلق مواقف سارة معارضة للمشاعر العصابية والتوتر النفسي الذي يصيب المريض، والثاني لكي يكتسب من خلاله القدرة على ضبط المشاعر، والتحكم في الانفعالات السلبية التي تعوقه عن ممارسة نشاطاته المعتادة، كالنوم، أو تحمل الأمراض والألم (Hewitt,1895).

أما ممارسة الأنشطة السارة (الفصل السابع عشر)، فهي من الوسائل والفنيات التي تصلح في حالات الاكتئاب، لأنها تخلق مناخا تدعيميا يتعارض مع الاستجابات الاكتئابية، التي تمثل هدفا علاجيا ضروريا للمريض الحالي.

3 ـ تعديل طرق التفاعل الاجتماعي، من خلال تنمية بعض وسائل مواجهة القلق في المواقف الاجتماعية، وتدريب المهارات الاجتماعية، خاصة في المواقف التي تتضمن احتكاكا بالسلطة، أو أفراد الجنس الآخر.

وخلال هذه المرحلة، قد نكلفه بالقيام ببعض الواجبات الخارجية، والتي من شأنها أن تدربه على تنمية مهارات تأكيد الذات وأن ينمي المهارات اللازمة لتحسين الاتصال الاجتماعي، ومواجهة الصعوبات الاجتماعية التي يعاني منها من دون خوف أو قلق زائد. وهنا نسترشد بإجاباته على مقياس

التوكيدية، الذي يبين لنا بالضبط الصعوبات الاجتماعية النوعية التي يعاني منها، لنجعلها موضوعا للواجبات الخارجية. كما قد يدرب في إحدى الجلسات على تنمية مهارات الحديث، وتدريب مهارات اللغة البدنية (الصوت، التواصل البصري، الابتسام الملائم، اللوازم الحركية المعطلة)، والتي من شأنها أن تمنحه بعض السيطرة على مخاوفه، ومصادر قلقه.

ويمكن أيضا أن نعلمه طرقا جديدة في تبادل الأحاديث مع الآخرين، وتنظيم وقته، وتدريبه على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية لمساعدته على رفض الالتماسات غير المعقولة، وضبط الحساسية الزائدة للنقد أو لاستنكار الآخرين.

4 ـ العلاج المعرفي (الفصل الثامن عشر)، وتنمية التفكير العقلاني والإيجابي، من خلال إعانته على تنمية طرق جديدة من التفكير في الذات والعالم، بغرض التخفف من أعراض الاكتئاب.

ويتطلب ذلك أن نعلمه، وأن نطلعه على:

- المزيد من المعلومات الحديثة عن الاكتئاب، والدرجات المقبولة أو غير المقبولة منه.
- أن نساعده على تكشف الأفكار اللاعقلانية التي نسجها عن نفسه والعالم، والتي عززت لديه التفكير الاكتئابي وما يرتبط به من عمليات النقد المفرط للذات وضعف الثقة بالنفس.

ويتم لنا ذلك بوسائل وفنيات متعددة، منها:

- المتابعة اليومية لنمو الأفكار اللاعقلانية باستخدام استمارة للتحليل العقلاني.
- عمليات دحض الأفكار المرضية.
- تدعيم الخواطر وأساليب التفكير العقلانية الإيجابية والتي تعزز الثقة بالنفس.
- عقاب الذات عند الفشل في تعديل الأفكار السلبية.
- مكافأة الذات إثر النجاح في عمليات التعديل (للمزيد عن هذه الفنيات وشرحها ـ انظر الفصل الثامن عشر).

5 ـ ونظرا لأن مشكلة الانشغال بالخبرات الماضية السيئة، بما فيها عملية الاعتداء الجنسي التي تعرض لها في السابق، تمثل إحدى العقبات

العلاجية التي تواجه هذا المريض بشكل خاص، فإنه يحتاج أيضا إلى التدريب على بعض الوسائل التي قد تساعده إما على الكبت الناجح لهذه الخبرات (خاصة خبرة الاعتداء الجنسي)، أو إعادة صياغة فهمها، أي بالنظر إليها ـ معرفيا ـ على أنها حدثت في السابق، وفي ظروف مختلفة. ولهذا فقد يحتاج في البداية إلى ممارسة أسلوب الإيقاف المتعمد للأفكار المسيطرة thought stopping، (الفصل الثامن عشر) للذكريات أو الصور الذهنية غير السارة. أو من خلال تدريبه على استبدال الصور الذهنية المؤلمة بصور ذهنية أكثر تدعيما للصحة، وتقبل النفس (كما في تدريب «نزهة على الشاطئ» في الفصل العاشر). أو باستخدام الطريقتين معا بحيث يكف الذكرى المؤلمة، وأن يتدرب في نفس الوقت على استعادة ذكريات أكثر ارتباطا بالصحة، والسلام النفسي.

تنوع الفنيات العلاجية

ذكرنا منذ 18 عاما (إبراهيم، 1980) أن من الصعب على معالج واحد، أن يتقن مهارات تعديل السلوك البشري في الجوانب الأربعة السابقة معا، ومن ثم تنبأنا بأن المستقبل قد يشهد تخصصات أدق بين المعالجين السلوكيين. فنجد فريقا يولي اهتمامه ونشاطه لتعديل السلوك، وفريقا آخر لتعديل التفكير، وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الاجتماعية، وطائفة رابعة لتعديل الاضطرابات الانفعالية. وقد حدث الآن هذا التطور بالفعل، وأخذت العلاجات السلوكية المعاصرة هذه الوجهة من التطور، خاصة في الولايات المتحدة، وفي غيرها من البلدان التي تشهد تقدما في نمو أساليب العلاج السلوكي كبريطانيا. فأنت تجد تحت عباءة العلاج السلوكي، تخصصات في مختلف هذه المحاور، بما فيها العلاج المعرفي، والعلاج الإجرائي، والعلاج عن طريق تدريب المهارات الاجتماعية، فضلا عن العلاجات التشريطية التقليدية والكف بالنقيض...الخ.

ومن مظاهر التطور أيضا، التعدد والتنوع في فنيات كل هذه الاتجاهات، مع تخصيص هذه الفنيات لما تتلاءم معه من مشكلات. بعبارة أخرى، لم يعد من المقبول الآن، أن تستخدم فنية علاجية في معالجة كل المشكلات النفسية والاجتماعية كما كان يحدث في السابق، أو كما لايزال يفعل بعض

الممارسين الطبيين بالنسبة لعلاج الاكتئاب، مثلا. فالعقار الطبي الواحد كالبروزاك، مثلا يستخدم لعلاج حالات الاكتئاب بغض النظر عن الشكل السلوكي الذي يعبر به الاكتئاب عن نفسه في مريض دون الآخر. أي أن نفس العقار قد يوصف لمريض يشعر بالإحساس بالذنب، ولوم النفس، مثله مثل مريض يعاني من صعوبات في العلاقات الاجتماعية، وتأكيد الذات، أو مريض ثالث قد يجيء عنده الاكتئاب مصحوبا بالتقاعس، وضعف مستوى النشاط، أو التعرض للشكاوى الجسمية المتعددة. العلاجات السلوكية المعاصرة في واقع الأمر تتميز بوجود ثروة من الفنيات المعدة خصيصا لعلاج الاضطرابات النوعية الخاصة بكل فئة من فئات أي مرض. ففي حالات الاكتئاب، تجد فنيات فعالة في علاج صعوبات التفاعل الاجتماعي، مثلا، وهي غير الفنيات التي تصلح لعلاج الأفكار السلبية، وغير تلك التي يأخذ فيها الاكتئاب شكل استعادة ذكريات غير سارة، وهكذا.

وقد حاولنا من جانبنا، أن نحصر في الفصول القادمة، الفنيات السلوكية المستخدمة في الوقت الراهن، مع بيان ما تصلح لمعالجته، وضبطه. وننصح هنا بالنظر والتدقيق في هذه الفنيات، مع محاولة الحصول على تدريب منظم في فهمها، ومعرفة طرق إجرائها، والتعلم على زيادة فاعليتها في عملية تعديل السلوك والتفكير المرتبطة بالاكتئاب.

13 الاسترخاء العضلي والتخيل طريقتان لمقاومة مشاعر الاكتئاب

فيما يلي نماذج من الحالات المتعددة التي ترد عادة إلينا في العيادات السلوكية والنفسية:

1 ـ سيدة في الرابعة والعشرين من العمر، تعيش في إحدى الدول العربية، حيث راجعتنا في العيادة النفسية السلوكية. ذكرت بأنها تنتمي لدولة عربية أخرى، وأنها قد تزوجت منذ سبع سنوات من زوجها الحالي الذي يعمل أستاذا مساعدا في إحدى الجامعات المحلية. تعرفت على زوجها في موطنها الأصلي عن طريق بعض القريبات. عندما تعرفت عليه كانت قد أنهت دراستها الثانوية والتحقت بكلية الآداب، حيث أنهت عامها الجامعي الأول بتفوق واضح. لكنها توقفت عن دراستها بناء على رغبة زوجها، ولم تستطع أن ترفض طلبه، فتوقفت عن دراستها لتسافر معه إلى بلده الأصلي، ثم الولايات المتحدة لينهي دراساته العليا. وصفت نفسها بأنها على درجة عالية من الحساسية، وأنها تكتب الشعر، وتؤلف قصصا قصيرة نشر بعضها في المجلات

العربية. وتعتقد أنها كانت تعيش حياة اجتماعية حافلة، وأنه كان يمكنها أن تحقق الشهرة والنجاح المهني لو أنها صبرت قليلا، ولم تقدم الزواج السريع، ومع ذلك فقد عبرت عن أنها تحب زوجها، وتعتقد أنها غير جديرة به. ومنذ أن غادرت وطنها الأصلي، وهي تعاني - فيما ذكرت - من الاكتئاب، والتوتر، والصداع المستمر. وازدادت حياتها سوءا، خاصة عندما عادت مع زوجها إلى وطنه الأصلي بعد حصوله على الدكتوراه لينخرط في سلك التدريس الجامعي في بلده. وذكرت أنها تبكي دائما، وأنها تعاني من الآلام الجسمية المتعددة، وأنها تشعر بالذنب لأنها لا تستطيع أن تسعد زوجها كما كانت تأمل. وتشعر بالحزن لأنها لا تجد وقتا من الراحة والهدوء لتمنحه لطفلها الصغير. وذكرت أنها راجعت كثيرا من الأطباء النفسيين، وأنها تعاطت كثيرا من الأدوية الطبية المهدئة، والمضادة للاكتئاب، ولكن يبدو أن أعراضها خاصة الصداع والأرق، واضطرابات النوم، والإرهاق السريع، والملل لم تستجب بالشكل الكافي، مما ضاعف من إحساسها بالاكتئاب، وإحساسها بأن مشاكلها تتعذر عن الحل.

2 - «عاصم» طالب جامعي في سنته الثالثة بإحدى كليات الهندسة. بدأ سجله الدراسي يتدهور في السنوات الأخيرة، بعد أن كان طالبا متفوقا ومرموقا. ذكر أنه لا يعرف سببا معقولا أدى إلى تدهوره الدراسي، ولكنه يرجح أن السبب في ذلك، أنه قد أرغم على دخول كلية الهندسة التي لا تتفق مع ميوله بناء على رغبة والده، ولأنه حصل على درجات عالية في الثانوية العامة تؤهله للالتحاق بالهندسة. وكشف عن أنه لا يميل إلى دراسة الهندسة الجافة، وكان يتمنى لو أنه تخصص في العلوم الإنسانية. ومما ضاعف من إحساسه بالاكتئاب أنه لم يحقق المعدل المطلوب، وأنه من ثم معرض للفصل من الجامعة، ومع ذلك فإنه لا يشعر برغبة حقيقية ولا بحماس لاستئناف دراسته على نحو مقبول، وقد ذكر أنه يشعر بالكآبة، وعدم الاسترخاء والقلق، مع أعراض جسمانية تمثلت في أحلام مزعجة، واضطراب في النوم، وعجز عن تنظيم حياته الدراسية.

3 - حالة موظف في الثامنة والثلاثين من العمر، رقي منذ عام ونصف إلى وظيفة في الإدارة العليا في شركة طيران. كانت الوظيفة التي رقي إليها بالنسبة له حلما وأملا تحقق على نحو لم يكن يتوقعه بهذه السرعة.

ذكر أنه منذ أن حصل على هذه الترقية، أصبح عرضة لحالة شديدة من القلق، وصعوبات النوم، والتوتر العصبي، وقد أرجع ذلك لتزايد ضغوط العمل الجديد، وتزايد المسؤوليات. وقد كشف عن أن ضغوط العمل قد أدت إلى شعوره ببعض المشكلات العضوية، بما فيها صعوبات التنفس وآلام الصدر، واضطراب دقات القلب. ولحسن حظه، فقد بين له طبيبه المعالج أنه لا توجد لديه مشكلات جسمانية، وأن قلبه سليم، ونصحه بعدم استخدام أي مهدئات، وأوصاه بمراجعتنا في العيادة السلوكية بنفس المستشفى التي يعمل بها الطبيب، للبحث عن طرق أخرى تساعده على الاسترخاء ومعالجة الضغوط.

4 ـ «إدريس» في الرابعة والخمسين من العمر، يعيش مع زوجته، وابنه معا. كان يراجع أحد الأطباء النفسيين في نفس القسم الذي أعمل فيه، لأمور متعلقة بوجود اضطراب سلوكي حاد لدى الابن، تمثل في فرط الحركة وصعوبات الانتباه والتعلم منذ سنوات. بدأت حالة ابنه الآن تزداد سوءا. فالابن الآن في التاسعة عشرة من العمر، وفي فترة مراهقة، ويظل طوال النهار والليل في المنزل يتصارع مع الأب والأم في عراك دائم، أدى إلى أنهم كانوا يوثقونه بالحبال لمنعه من الحركة والعدوان على أفراد الأسرة، والتهجم على الجيران. ولكن كل محاولات القمع لم تعد تجدي الآن، فقد أصبح الابن قويا، ومن ثم كان يصارع الأب باستمرار. ذكر الأب، وهو يبكي، أنه قرأ في أحد المصادر التي كتبتها عن العلاج السلوكي، وهو مقتنع بهذا الأسلوب، وأنه شخصيا يحتاج إلى العلاج النفسي السلوكي، لكي يتعلم كيف يتعامل مع الضغوط الواقعة عليه من جراء رعاية هذا الابن الذي أصبح حالة متعذرة على التغيير. وذكر أنه الآن يعيش وحيدا مع زوجته، وأن كل علاقاتهم الاجتماعية بالناس قد قطعت، وأنهم يعيشون الآن في شبه عزلة اجتماعية كاملة، مما ضاعف من مشاعر الاكتئاب لديه، وأن نهاره أصبح كالليل، وأنه فقد قدرته على التفكير السليم، والضبط، وأنه في مرحلة يأس حقيقية، أعجزته عن التعامل الفعال مع الضغوط التي كان قادرا من قبل على حلها بنجاح.

الحالات الأربع السابقة، تمثل للعامل بحقل العلاج النفسي والسلوكي نماذج من عشرات الحالات التي ترد إلى العيادة النفسية على المستوى

اليومي تقريبا. وجميع هذه الحالات يجب أن تتضمن خطة العلاج فيها التدريب على الاسترخاء لتهدئة المشاعر المضطربة، والتغلب على أعراض الاضطراب البدني كاضطراب النوم، والعجز عن تنظيم الذات، والتغلب على المخاوف والقلق الذي يصاحب حالات الاكتئاب في كثير من الأحوال.

والحقيقة أن الاسترخاء يستخدم في الطب والعلاج النفسي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة. وأعتقد شخصيا أن الأطباء العرب والمسلمين قد انتبهوا منذ القدم إلى أهمية الراحة والاسترخاء، بالصلاة والانعزال عن الضجيج طريقا للصحة النفسية والروحية والبدنية على السواء. ويجد القارئ «للقانون» للشيخ الرئيس ابن سينا إشارات متعددة، وتوصية بالراحة والاسترخاء للتغلب على الأمراض المختلفة. لكن الدراسة المنظمة للاسترخاء بدأت في العقد الثالث من هذا القرن. ففي سنة 1939 أبدى طبيب اسمه «جاكبسون» Jacobson اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي، بطريقة منظمة وفي كتاب مشهور (1964) له بعنوان «الاسترخاء التصاعدي» progressive relaxation، قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق. ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيض القلق والاكتئاب وتطوير الصحة النفسية. ويستخدمونه إما مستقلا أو مع أساليب علاجية أخرى للتغلب على قطاع كبير من المشكلات الصحية، بما فيها مقاومة الضغوط النفسية، والإرهاق، وصعوبات النوم، ومشكلات السلوك الجنسي، واللياقة الصحية العامة (انظر كذلك: Polonsky,1996).

لماذا نحتاج إلى الاسترخاء؟

يستجيب الناس جميعهم تقريبا للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الأنشطة العضلية. وتتركز بعض هذه التغيرات في الجبهة. ومن المعروف أن إثارة الانفعالات تؤدي أيضا إلى توترات في الرقبة، ومفاصل الذراعين، والركبتين والعضلات الباسطة. كذلك تتوتر حتى عضلات الأعضاء الداخلية كالمعدة، والقفص الصدري، وعندما يتعرض الشخص لمنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات اللاإرادية في اليدين والذراع.

ومن الثابت أيضا أن الزيادة الشديدة في التوتر العضلي تتوقف أساسا

على شدة الاضطرابات الانفعالية، خاصة عندما يواجه الفرد مشكلات تتعلق بتوافقه. ومن المؤسف أن التوتر العضلي الشديد لا يساعد بل يضعف قدرة الكائن على التوافق، والنشاط البناء، والإنتاج، والكفاءة العقلية. فالأشخاص في حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي، بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفا بناء. لهذا نجد أن الاسترخاء يعرف - بالمعنى العلمي - بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر.

والاسترخاء يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن تجد شخصا ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة، لكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء جميع العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي، مثل عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر والذهن المشحون بالأفكار والصراعات. وإذا كان الاضطراب الانفعالي يؤدي إلى إثارة التوتر العضلي فإن من الثابت أيضا أن إثارة التوتر العضلي، تجعل الشخص متحفزا للانفعال السريع في الاتجاه الملائم لهذه التوترات. فرسم علامات الغضب على الوجه تجعل الشخص سريع الاستجابة للمواقف الاجتماعية بالغضب مثلا.

ويمتلئ التراث السيكولوجي ببحوث عدة تؤكد أن الاستثارة العضوية والعضلية العنيفة، تشيع بشكل أكثر في حالات الأمراض النفسية والعقلية. ففي مقارنة بين فئات من الفصاميين، والمصابين بالذهان الدوري (أي الانتقال في فترات منتظمة من الاكتئاب إلى الهوس والتهيج)، والعصابيين (أي المرضى بالقلق، والاكتئاب وغيرهما من الأمراض النفسية التي لا تتسبب عن عوامل عضوية)من ناحية، وبين الأسوياء من ناحية أخرى، تبين أن الفصاميين من بين كل هؤلاء يكشفون عن أعلى درجات التوتر العضلي. وقد يوحي هذا بأن أساليب الاسترخاء يمكن أن تؤدي إلى بعض النجاح في علاج الاضطرابات الفصامية.

وفي حالات الاكتئاب تبين الدراسات أنه، بالرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التخلف في النشاط الحسي والحركي (البطء في الحركة، والكلام، والاستجابة) الذي قد يوحي بأنهم على درجة أقل من

التوتر والاستثارة العضلية، فإن مقارنتهم بمجموعة من الأفراد العاديين على مقاييس التوتر في الجبهة، والفكين، والذراعين والقدمين بينت أنهم أكثر توترا من الأسوياء. وتبين بحوث مماثلة أن هذا التوتر يختفي أو يتضاءل بعد العلاج النفسي. لهذا يمكن القول إن التوتر لازمة من لوازم الاكتئاب وليس مجرد نتيجة له. فضلا عن هذا فإن هناك ما يثبت أن الاسترخاء العضلي واستخدام العقاقير المطمئنة والمضادة للاكتئاب، تؤدي إلى انخفاض ملموس في حالات القلق، والاكتئاب.

لكل اضطراب توتراته العضلية النوعية:

بينما نجد أن غالبية البحوث النفسية تتحدث عن اضطرابات عضلية عامة في الجسم كله مصاحبة للاستثارة الانفعالية، هناك بعض الدراسات الشائقة التي تحاول أن تتابع الاستثارة الانفعالية على أنواع معينة من التوتر العضلي. ويمكن أن نطلق على هذا النوع من بحوث التوتر اسم (نوعية التوترات). فهناك بعض الأفراد ممن تتركز استجاباتهم للقلق والانفعال في شكل توترات عضلية خاصة ونوعية وليس في الجسم كله. وعلى سبيل الأمثلة، هناك ما يدل على أن الصداع وآلام الظهر (كأشكال من التوتر العضلي) تشيع لدى الأشخاص الذين يتميزون بالكسل، والعجز عن الفعل والنشاط. وقد بين ألكسندر (انظر إطار شارح 1 ـ 13) أن الوضع المتوتر خاصة في منطقة الرقبة والكتفين، من العوامل المهمة المرتبطة باحتباس الصوت، أو صعوبات الكلام في الأحاديث العامة، أو الخطب والمحاضرات، والغناء.

كذلك نجد من النتائج ما يشير إلى أن المرضى الذين يعانون من توتر عضلات الرقبة، أو الرأس، أو الذراع غالبا ما تكون هذه الأعضاء ذات قدر مرتفع من النشاط والفعل قبل ظهور التوترات فيها. وفي دراسة على 400 مريض تبين أن الصداع النفسي (أي الصداع الراجع للتوتر النفسي) يحدث بشكل خاص في حالات القلق. أما المواقف التي تستثير الإحساس بالصراع، أو الذنب (المصاحبة لبعض حالات الاكتئاب) فإنها غالبا ما تؤدي إلى آلام في الظهر. وفي دراسة على مجموعة من المرضى من ذوي الاستعداد للاستجابة بالصداع وآلام الرأس، تبين أن مناقشة المواقف الصدمية معهم

في الجلسات العلاجية قد أدى إلى توترات عضلية في الجبهة. وهناك أيضا ما يشير إلى أن التوترات العضلية في الجسم تحدث في حالة الاضطرابات الانفعالية الدائمة فقط، بل وعند إثارة أنواع من الصراع أيضا. فمثلا تبين أن إثارة العدوان تؤدي إلى زيادة في توتر عضلات الجبهة، بينما تؤدي إثارة الرغبة الجنسية والصراع الجنسي إلى آلام وتوترات في الساق. وبغض النظر عن التأثير النوعي للمنبهات الانفعالية، تبين بشكل عام أن تطوير استجابات توترية في عضل معين أمر تلعب فيه الفروق الفردية دورا كبيرا أيضا. فالفرد الذي اعتاد أن يواجه اضطراباته الانفعالية الراجعة للقلق بحالة من الصداع، سيظهر الصداع لديه في كل الاضطرابات الانفعالية الأخرى (العداوة، الجنس، صراعات العمل، صراعات الأسرة... الخ). بغض النظر عن طبيعة المصدر.

والخلاصة من هذا أن بحوث «نوعية التوترات» تضيف نتائج عميقة لفاعلية العلاج النفسي. وعلى سبيل المثال فإن تنبه الشخص لذلك يجعله على دراية بأنواع التوتر العضلي المستثار، مما سيساهم في أن تعد خطة الاسترخاء بطريقة خاصة وربما مختصرة.

الاسترخاء أسلوبا لعلاج الاكتئاب واضطراباته:

نعلم أن الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللشخص كليهما استثمارها في أغراض عدة: ولعل من أول الأهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء إمكانية استخدامه مستقلا أو مع أساليب علاجية أخرى كالتطمين التدريجي، أو التعويد التدريجي على التعامل مع المواقف التي ارتبطت في الماضي بإثارة الاكتئاب. وبنفس المنطق يمكن أن يستخدم الاسترخاء أسلوبا من أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية، وممارسة نشاطات تتعارض مع الاكتئاب كان يصعب على الشخص القيام بها دون أن يكون هادئا ومتماسكا. ولهذا ليس من النادر أن نجد أن كثيرا من المعالجين يوصون بمحاولة الاسترخاء لدقائق معدودة يوميا وقبل الدخول في مواقف (حياتية) مثيرة للانفعال، كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التي تجرى عند الترشيح لعمل ما ... الخ.

وفي حالات كثيرة يُستخدم الاسترخاء بوصفه طريقة لمساعدة الشخص

على اكتساب الهدوء، إزاء المواقف السابقة التي قد تكون مصدرا للإثارة الانفعالية عند الشخص، وبالتالي يساعد على تحييد المشاعر والقلق نحو المواقف أو النماذج المهددة أو الداعية للقلق كالآباء أو نماذج السلطة بشكل عام.

ويستخدم أسلوب الاسترخاء في كثير من الأحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة، التي قد تكون أحيانا من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية والاكتئاب، وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية. فالمريض المكتئب الذي يعتقد أن حالته ترجع لأسباب فيزيولوجية عضوية فيه يصعب تغييرها، يمكن الآن ضبط مشاعره والتحكم فيها ذاتيا.

وكذلك يمكن استخدامه وحده في علاج كثير من المشكلات المرضية التي ترتبط بالاكتئاب، وتستثير التوتر النفسي. أمكن، على سبيل المثال، أن يستخدم أسلوب الاسترخاء في علاج حالات الضعف الجنسي. ففي حالة مريض شاب كان يشكو من القلق والاكتئاب، شكا أيضا من أنه عند الاتصال الجنسي بزوجته، كان يعاني من القذف السريع عند الاتصال الجنسي بعد نصف دقيقة أو دقيقتين على الأكثر من الإيلاج. وقد أدى هذا إلى إثارة كثير من التوترات لديه ولدى زوجته. وبتوجيه من المعالج أمكن للمريض أن يتعلم الاسترخاء العضلي في الدقائق الخمس عشرة السابقة على الاتصال الجنسي، خاصة فيما يتعلق باسترخاء الأجزاء السفلى من الجسم والساقين. وقد استطاع المريض بعد أسابيع قليلة أن يتغلب على مشكلة القذف السريع وبالتالي كل جوانب القلق التي كانت تحيط بها.

خطوات ضرورية للقيام باسترخاء ناجح

تتطلب الخطوة الأولى في التدريب على الاسترخاء (كما هو موضح في الإطار الشارح 2 ـ 9)، أن تجمع بعض المعلومات عن المواقف التي تثير قمة التوتر لديك، وتلك التي تشعر فيها بالهدوء والراحة. تأكد عند جمعك لهذه المعلومات، أن تضع أولا مقياسا يحدد درجة شعورك بالتوتر والقلق المرتبطة بنوع المواقف، والأوقات التي تثور فيها هذه المشاعر. ويقترح «ليفينسون» وزملاؤه من الولايات المتحدة أن يتراوح ذلك المقياس من صفر إلى10،

باستخدام مقياس مراقبة التوتر والاسترخاء، كما في الاستمارة المرفقة. ونجد وفق هذا المقياس أن الدرجة 10 = أعلى درجة من القلق والتوتر، بينما يمثل الصفر أقصى درجات الهدوء والاسترخاء. وتحتاج لكي تصل إلى الفاعلية المطلوبة من استخدام هذا المقياس أن تسجل يوميا ثلاث درجات كالآتي: (1) متوسط درجة استرخائك طوال هذا اليوم (أي مدى شعورك بالاسترخاء والهدوء في معظم اليوم). (2) درجة الاسترخاء حينما شعرت بأقل درجة من الهدوء النفسي والاسترخاء. تأكد من أن تحدد هنا متى وأين كنت، عندما شعرت بذلك، وأن تضع وصفا بسيطا لما كنت تعمل آنذاك. (3) درجة الاسترخاء حينما شعرت بأقصى حالات الاسترخاء والهدوء خلال اليوم. تأكد هنا أيضا من أن تحدد متى وأين كنت، عندما شعرت بذلك، وأن تضع وصفا بسيطا لما كنت تعمل آنذاك، مما جعلك تشعر بهذه الدرجة العالية من الاسترخاء. وبالإضافة إلى الدرجات الثلاث السابقة، عليك أيضا أن تحتفظ بسجل بالأعراض الخاصة التي ترتبط بالتوتر لديك (مثلا صداع، آلام في المعدة، صعوبات في النوم، آلام في الرقبة، آلام في أسفل الظهر، صعوبة في التنفس... الخ، وتبين لك الاستمارة المرفقة بعض الرموز التي يمكن أن تستخدمها لتصف بطريقة مختصرة هذه الأعراض). وهذه الطريقة تمكنك من أن تراقب جيدا ظهور هذه الأعراض، كما تمكنك من التدريب على استرخاء العضو المطلوب كلما تطلب الأمر ذلك. ومن الأفضل بالطبع أن تترك الجزء الخاص بممارسة الاسترخاء فارغا خلال الأسبوع الأول من عملية المراقبة الذاتية. كما يجب أن ننبه إلى أنه ليس من شأن هذه الطريقة أو أي طريقة أخرى أن تصل بك إلى درجة «الصفر» أو درجة «واحد» كل يوم وفي كل الأوقات. بعبارة أخرى، فإن الوصول إلى حالة كاملة من حالات الاسترخاء والهدوء لا يشكل هدفا واقعيا لأي شخص. فضلا عن أنه ليس من المطلوب لأي شخص ولا منه أن يكون مسترخيا يوميا طوال اليوم وفي كل الأيام. والدراسات النفسية تبين فيما يتعلق بهذا الموضوع، أن هناك درجة حميدة من التوتر يجب أن توجد لدينا في بعض المواقف وفي بعض الأوقات، حتى تمنحنا القدرة على النشاط وبذل الطاقة. ويوضح الإطار الشارح 3 ـ 13 نموذجا لمثال واقعي يصف حالة دكتور جامعي، كان يعاني من القلق الاجتماعي في المواقف التي تتطلب منه

القيام بواجبات تدريسية، أو قيادية، مما سبب له الكثير من مشاعر الاكتئاب، وقد استطاع أن يحدد المواقف المرتبطة بالتوتر والاسترخاء لديه كما في النموذج.

مراحل وإجراءات الاسترخاء:

تتفاوت إجراءات الاسترخاء العضلي من حيث الطول، فبعض التدريبات قد يستغرق نصف ساعة خاصة في البداية، والبعض الآخر قد يستغرق عشر دقائق أو خمسا بحسب خبرة الشخص ونجاحه في ممارسة التدريبات. وسواء بدأ الراغب في ممارسة التدريب ممارسته للاسترخاء بتوجيه من المعالج وبحضوره أو بتوجيه ذاتي، فإن الخطوات التالية ذات فائدة جمة:

1 ـ استلق في وضع مريح عند بداية التدريب... وتأكد من هدوء المكان وخلوه من المشتتات.

2 ـ المكان الذي سترقد عليه يجب أن يكون مريحا... ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم.

3 ـ ليس بالضرورة أن تكون راقدا أو نائما... بل يمكن البدء في التدريبات وأنت جالس في وضع مريح... (وربما وأنت واقف في بعض الحالات).

4 ـ ابدأ بتدريب عضو واحد في البداية على الاسترخاء، ويفضل أن تكون الذراع كما في الخطوات الآتية:

- اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة.
- لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشتد.
- ابسط راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة، أرخها وضعها في مكان مريح على مسند الأريكة.
- لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي وتثقل.
- كرر هذا التمرين عددا من المرات، حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى... والاسترخاء الذي ينجم بعد ذلك عندما تبسط راحة يدك اليسرى بيسر، وإلى أن تتأكد أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي، وأنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى.
- كرر هذا التمرين (الشد والإرخاء) مع بقية العضلات الأخرى.

5 ـ بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم عضوا فعضوا بالطريقة السابقة، سيمكنك في المرات التالية استغراق وقت أقل من ذلك.

عوامل تيسر الاسترخاء وتعمقه

اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام السابق سيمكنك في مواقف تالية من التحكم في الاسترخاء العضلي... في مناطق معينة من الجسم فقط. فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الإبقاء على بعض العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض، في حالة استرخاء في مواقف قيادة سيارة مثلا تحتاج إلى عينيك وقدمك ويدك في حالة من التأهب، ولكن بالطبع يمكنك الإبقاء (حتى وأنت تقود سيارتك) على استرخاء بعض العضلات الأخرى بما فيها عضلات الكتفين والظهر، والبطن والساقين. لاحظ أنه يمكنك أن تكون مسترخيا وأنت في قمة النشاط، فضلا عن هذا هناك عوامل أخرى تساعد على سرعة إتقان أسلوب الاسترخاء وتعمقه، حتى يصبح أسلوبا سهلا، منها:

- الإلمام بالأساس العلمي للأسلوب.
- استخدام قوة الإيحاء والتركيز.
- التغلب على الإحساسات الغريبة والمخاوف.
- التكرار والتعميم.
- الوقت الملائم.

الإلمام بالأساس العلمي للأسلوب

تعلم الاسترخاء لا يزيد على كونه تعلم أي خبرة جديدة أو مهارة، لا تختلف عن أي مهارة نكون قد تعلمناها في حياتنا من قبل ذلك، كقيادة سيارة، أو تعلم سباحة، أو لعبة رياضية جديدة. وبعبارة أخرى، نحن ككثير من الناس تعلمنا أن نكون مشدودين ومتوترين، وأننا بنفس المنطق يمكننا أن نتعلم أن نكون عكس ذلك، أي أقدر على الاسترخاء والهدوء، ولأن هذا الأسلوب بسيط، وأقرب إلى المنطق فإننا حتما سنتعلم بالتدريب، وبتذوق الفوائد النفسية التي يحققها لنا أن نصل إلى إتقانه. وكقاعدة

يجب التوصية بالمحافظة على كل عضلات الجسم في حالة تراخ تام في أثناء الاسترخاء خاصة العينين، لمنع المشتتات البصرية التي قد تعوق الاسترخاء التام. كذلك من الضروري أن نبين أن استرخاء أي عضو معناه اختفاء كامل لأي تقلصات أو انقباضات في هذا العضو. ويمكن أن نستدل على نجاح استرخاء عضو معين (كعضلات الذراع مثلا) بتحريكه في الاتجاهات المختلفة أو الضغط عليه، ويكون الاسترخاء ناجحا إذا لم نجد أي مقاومة من هذا العضو. بتعبير آخر تكون أعصاب هذا العضو متوقفة تماما عن أي نشاط. ويتوقف جزء كبير من نجاح العلاج السلوكي على قدرة الشخص على تنفيذ ذلك، وبالتالي التمكن بعد ذلك من الاسترخاء الناجح الإرادي لكل عضلات الجسم عضوا فعضوا. لهذا نجد أن هناك اهتماما كبيرا ـ في الوقت الحالي ـ بابتكار تدريبات من شأنها أن تساعد على الاسترخاء العضوي الكامل تدريجيا. وقد اخترنا للقارئ نموذجا لذلك في نهاية هذا الفصل تتوافر فيه مزايا عدد من الطرق. وبالطبع يمكن تطبيق ذلك التمرين ذاتيا في المواقف المختلفة التي قد تعرض الشخص للقلق والتوتر (انظر التذييل في نهاية الفصل)، ولتيسير استخدام تدريبات الاسترخاء يمكن للقارئ أن يقوم بتسجيل أحدها بصوت عميق وهادئ، وأن يعيد تشغيلها والإنصات لها في كل مرة يحاول فيها الاسترخاء، منفذا التعليمات المتضمنة.

استخدام قوة الإيحاء والتركيز

من المهم أن تستخدم قوة الإيحاء والتركيز الفكري، لمساعدتك على الوصول إلى إحساس عميق بالاسترخاء العضلي في لحظات قصيرة. لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز بعمليات الشد والاسترخاء. إذا وجدت أن تفكيرك يهيم في موضوعات أخرى، أعده إراديا إلى الإحساس بالجسم، أو التركيز في الصوت الذي ينقل لك تعليمات الاسترخاء، إذا كنت تستخدم شريطا مسجلا. وفي المواقف العلاجية المباشرة، ينصح المعالج الشخص بأن تكون أفكاره كلها مركزة في اللحظة، أي في عملية الاسترخاء، وذلك للمساعدة على تعميق الإحساس به. ولكي يساعد المعالج على تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح في هذه المرحلة قد يستخدم المعالج طريقة

التخيل، وخلق صور ذهنية، بأن يطلب من المريض أن يتخيل بعض اللحظات في حياته التي كان يعيش فيها بمشاعر هادئة وفياضة (يحسن أن يكون هذا التخيل بشكل نوعي أي أن يكون المعالج قد عرف من المريض قبل ذلك بعض المواقف التي كانت تهدئ مشاعره، كالضوء الخافت، أو مشاهدة التلفزيون، أو سماع الموسيقى، أو الاسترخاء في الظهيرة بعد وجبة شهية...الخ).

التغلب على الإحساسات الغريبة والمخاوف:

قد يشعر الشخص ـ خاصة في الجلسات العلاجية ـ ببعض المشاعر الغريبة كالتنميل في أصابع اليد، أو إحساس أقرب للسقوط، وهذا شيء عادي ودليل على أن عضلات الجسم بدأت تتراخى. وهذه النقطة مهمة بشكل خاص في مواقف العلاج بوجود معالج، لأن كثيرا من المرضى ـ خاصة الهيستيريين، والقلقين ـ قد يستجيبون للاسترخاء بخوف مبالغ فيه أو بشعور بأن شيئا غريبا يسيطر على أجسامهم. بينما من المفروض أن يكون ذلك دليلا على أن الاسترخاء قد بدأ يحدث في عضلات الجسم. ومن المخاوف التي تنتاب بعض المرضى شعورهم بأنهم سيفقدون القدرة على ضبط الذات. في مثل هذه الحالات من الأفضل أن يتدخل المعالج ما بين الحين والآخر بتعليق أو بأكثر، حتى يبعث الطمأنينة في نفس المريض. وهذا الإجراء ضروري بشكل خاص عندما يكون المعالج من جنس غير جنس المريض. وتبين لنا خبرتنا الخاصة أن الدور الأمثل الذي يجب على المعالج أن يمارسه في مثل هذه اللحظات، هو دور المرشد أو المعلم الذي لا يهدف السيطرة على الجسم بمقدار ما يهدف إلى تعليم مريضه خبرة جديدة.

التكرار والتعميم:

لا تيأس إذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء... فمن شأن التكرار أن يمكنك من ضبط الجسم بإبقائه في حالة استرخاء إن عاجلا أو آجلا. ومن ثم عليك أن تقوم بمزيد من التدريب لإتقان الاسترخاء، خاصة في المواقف الفعلية. مارس الاسترخاء مثلا في

الاجتماعات، أو وأنت تقرأ، أو وأنت تشاهد التليفزيون، أو تسمع الراديو وراقب مختلف عضلاتك بما فيها طريقة جلوسك، وتعبيرات الوجه، ومختلف عضلات الجسم، وضعها في الوضع المسترخي، ما عدا الأعضاء التي يتطلبها الموقف.

الوقت الملائم:

لا يوجد وقت محدد لممارسة الاسترخاء، فبالنسبة للدكتور «م» في الحالة التي سبق ذكرها، يفضل أن يقوم بالاسترخاء في الأوقات السابقة على اجتماعات القسم. وبالنسبة لشخص آخر قد يكون ذلك هو وقت المساء، خاصة إن كانت الأعراض تتسم بوجود اضطرابات في النوم، وقد يكون الوقت الملائم لشخص يعاني من مشكلات جنسية، هو الوقت السابق على الاتصال الجنسي والمعاشرة. وعموما، ولتحقيق أكبر قدر ممكن من اللياقة الصحية العامة، ومعالجة الضغوط اليومية أطلب من مرضاي أن يمارسوا الاسترخاء بالطريقة المطولة، ثلاث مرات يوميا على الأقل: في الصباح، وفي منتصف النهار، وبعد العودة من العمل قبل تناول العشاء، وقد أضيف مرة رابعة قبل النوم مباشرة للإعانة على نوم هادئ وعميق. والآن نعرض فيما يلي نموذجا لأحد مقاييس الاسترخاء المطولة. ومن المفروض أن يتم التدريب على هذا التمرين المطول في الأسابيع الأولى من الممارسة، قبل أن ينتقل الشخص إلى التمارين المختصرة. وفي الجزء التالي من هذا الفصل وضعنا أيضا تدريبا يساعد على تعميق الإحساس بالاسترخاء باستخدام الصور الذهنية والتخيل. وكقاعدة عامة ننصح القارئ بأن يخصص وقتا خاصا لهذه التدريبات، وفي كل الأحوال ننصح - في حالة تسجيلها - بعدم استعمالها في المواقف التي تتطلب تركيزا أو انتباها شديدا، أثناء قيادة السيارة مثلا. أما التدريب المختصر الذي يلحق بهذا التمرين المطول مباشرة، فهو نموذج من نماذج متعددة تستخدم في مواقف مختلفة، يتعذر خلالها القيام بالتدريب المطول، وذلك مثلا قبل الاجتماعات المثيرة للتوتر، أو اللقاءات المشحونة انفعاليا، أو لمجرد الراحة بعد القيام بجهد بدني أو عقلي لفترة قصيرة تستأنف بعدها نشاطك المعتاد.

تدريب على الاسترخاء العميق:

اجلس أو ارقد في سلبية تامة، وأغمض عينيك إن أردت... أو اتركهما مسبلتين... أنت الآن تجلس في سكينة واسترخاء، تتنفس بانتظام ببطء، لا شد، ولا توتر... كل القلق يتسرب من كل جسمك تدريجيا... إحساس بالراحة والهدوء ينتشر في جسمك كله. خذ الآن نفسا عميقا بطيئا ثم أخرجه بنفس البطء والهدوء... كرر عملية الشهيق والزفير خمس مرات.

المنطقة السفلى من الجسم:

القدمان:

الآن وجه كل انتباهك وتركيزك إلى قدمك اليسرى. أريدك أن تركز على قدمك اليسرى وتتخيل كل النتوءات والأصابع في تلك القدم وكيفية تركيبها كأنها صورة فوتوغرافية. ركز على قدمك اليمنى بنفس الشكل. حاول بقدر الإمكان أن ترخي كلتا قدميك اليسرى واليمنى وأن تضعهما في هدوء واسترخاء... تشعر بأنهما تثقلان في الوزن ويسري الدفء في كل منهما... قدماك الآن كلتاهما دافئتان ثقيلتان ومسترخيتان... وهناك تنميل خفيف يسري فيهما. تذوق واشعر باسترخائهما وثقلهما... والدفء والاسترخاء يسري في القدمين اليمنى واليسرى.

الساق والركبة:

والآن إلى الساق والركبة جميعها أيضا مسترخية والتنميل ينتشر الآن في الركبتين والساقين والقدمين اليمنى واليسرى... تنفسك في نفس الوقت منتظم... الاستنشاق والزفير بطيئان وفي يسر. مع كل نفس تتنفس تحس باسترخاء أكثر. وأكثر في الجسم كله وفي القدمين والركبتين. ومؤخرة الساق بشكل خاص... جميعها تسترخي وتسترخي... وتسترخي في سكينة... من المهم أن تشعر وتحس بقوة بهذا الاسترخاء، حاول أن تحس بالاسترخاء في كل جسمك... خاصة في القدمين والساقين حيث الدفء والثقل... وكأنهما قطعتا قماش ملقاتان ومنفصلتان عن الجسم.

الفخذان:

وجه انتباهك وأفكارك إلى منطقة أخرى... إلى الفخذين، انتباهك جميعه الآن مركز عليهما... حاول أن تطرد منهما كل التوترات والتقلصات

إلى أن تشعر بكل التوتر يتسرب منهما تدريجيا.

الردفان:

الآن إلى المنطقة العضلية التي تعلو الفخذين إلى الردفين... هما أيضا مسترخيتان والتوتر يتسرب منهما تدريجيا... وتشعر بأنهما أخذتا تثقلان... وتثقلان. لاحظ أن كل المنطقة السفلى من الجسم مسترخية... انتباهك كله مركز في هذه المنطقة إذا لم يكن انتباهك فيها... حاول أن توجهه الآن إلى المنطقة السفلى بكل أعضائها وعضلاتها... إنها مسترخية ودافئة وثقيلة وكأنك قد أخذت لتوك حماما دافئا وأنت تستلقي بعده.

المنطقة الوسطى

البطن والمعدة:

حاول الآن أن ترخي منطقة البطن والمعدة من الداخل، دع معدتك تسترخي وتنتفخ... ومنطقة البطن والوسط جميعها مسترخية وخالية من كل التقلصات العضلية. في هذه المنطقة على وجه الخصوص تتركز عضلات كثيرة تتأثر بكل الاضطرابات العصبية والقلق... لهذا حاول الآن أن تشعر باسترخائها وأن تتذوقه، شاعرا بأن كل التوتر العضلي يتسرب من منطقة البطن... والمعدة... دون عودة. تنفس في الوقت نفسه بانتظام، وبطء... وهدوء... حاول أن تفكر في كلمة مسترخ... وفي كل مرة تعيدها تشعر معها بأن الجسم كله يسترخي... بما في ذلك البطن والمعدة والفخذان والساقان وأصابع القدمين.

المنطقة العليا:

الصدر:

والآن إلى منطقة الصدر والقفص الصدري، إنها مسترخية، والتوتر والشد يتسربان منها إلى الخارج في كل نفس تتنفس.

الاسترخاء الآن والتنميل يسيطران عليك من الصدر إلى البطن، والردفين والفخذين والساقين، حتى أصابع القدمين... وكي تصل إلى أقصى وأعمق درجات الاسترخاء فيها... فإنني سأذكر اسم كل عضو منها وما عليك عندما تسمع الاسم إلا أن توجه انتباهك إلى هذا العضو، وحاول أن ترخيه

وكأنه قطعة قماش منفصلة عنك... الصدر والقفص الصدري مسترخيان... البطن والوسط... المعدة مسترخية ومنتفخة... الردفان مسترخيتان... وثقيلتان... قصبة الساق... القدم... أصابع القدمين كلها خاصة الإصبعين الكبيرين.. إنك الآن مسترخ وكأنك مرهق ومتعب... وعلى وشك النوم بعد عناء يوم طويل وشاق.

الكتفان والظهر والذراعان:

بنفس الشكل أرخ الكتفين... التوتر يتسرب من كل الكتفين: المنطقة الخلفية من الكتفين، أي الظهر... خاصة العمود الفقري الذي يمتد من أسفل الرقبة حتى مؤخرة الظهر، إنه نائم ومسترخ بكامله... الذراعان مسترخيتان بدءا من الكتف حتى الأصابع، كل أصابع اليدين مسترخية، الإبهام والسبابة والأصابع الصغيرة والوسطى... كلها مسترخية ونائمة وثقيلة... الكوع واليدان مسترخيتان وثقيلتان.. كلتا الذراعين مسترخيتان وثقيلتان... دع الآن أفكارك تتجول في كل المنطقة... ابدأ من المنطقة التي تحت الرقبة... إنها مسترخية... كذلك الكتفان... كذلك الذراعان... الكوع... الرسغ... اليد... أصابع اليد... جميعها ثقيلة... نائمة... منملة... مسترخية... تنفسك ينتظم... وحركة الدم في داخلك تنتظم... كل جسمك الآن دافئ ومسترخ... وثقيل وراقد في سلام وسكينة... وهدوء. إحساس لم تشعر به أبدا من قبل... تجربة وخبرة... تدعها وأنت في كامل القوة والحيوية والسلام مع النفس... كل جسمك الآن مسترخ... وتنفسك هادئ... وضغطك يتضاءل وأنت تردد بينك وبين نفسك كلمة مسترخ ومطمئن... وراض... وتشعر مع كل كلمة فيها بالتنميل اللطيف يسري في جسمك كله.

الوجه والرأس:

تنفسك بطيء... ومع كل نفس تشعر بأن الجسم كله تقريبا مسترخ وثقيل... الاسترخاء يسيطر على كل منطقة وكل عضلة في الجبهة والعين والحواجب والرأس... والفكان والسلسلة الظهرية والبطن... والمعدة... والأطراف... والأصابع... والساقان... والفخذان... كل شيء مسترخ... ومسترخ بعمق... وبعمق أكثر فأكثر... وكلما ترخي وجهك... أعمق... وأعمق... يسري الهدوء وتسري السكينة هنا وهناك. كل الجسم... يشعر بالثقل... والسكينة... وأنت شبه نائم... في حالة أشبه بحالة النائم... إن

لم تكن نائما بالفعل... إنك نائم أو كالنائم... عيناك مغمضتان والسكينة والأمان من حولك... وتسمع صوتي... ولا تسمع غير صوتي ينتقل بك من استرخاء عميق... إلى استرخاء أعمق وأعمق... وأعمق... ولا يوجد من حولك الآن إلا ظلام.... معه السكينة وضغط الدم... وأعباء الحياة جميعها تتقلص ولا وجود لها... لا تفكير خارجيا... في هذه اللحظات ولا هموم أو مشاغل. الحياة تسير سيرها الطبيعي... ومن الأحسن أن يجعلها تسير سيرها الطبيعي دون تعقيدات أو هموم... الفكان مرتخيان... والشفتان مرتخيتان ومنفرجتان... الأسنان والفم منفرجان قليلا، وكأن ابتسامة خفيفة ترتسم عليهما، الرقبة ومنطقة الزور مسترخيتان... فكر في جسمك... وابلع ريقك إن أحببت... واشعر بالاسترخاء... إن كنت الآن تفكر في أي شيء آخر غير جسمك... فمن الأحسن أن تعود بكل أفكارك وتركيزك على الجسم... جبهتك الآن مسترخية... كل وجهك مسترخ... عيناك مسترخيتان ومسبلتان أو مغمضتان إن لم تكونا مغمضتين من قبل... فمك مسترخ... وشفتاك منفرجتان... رقبتك مسترخية... الزور مسترخ ونائم في عمق... كتفاك مسترخيتان أكثر فأكثر... ثقيلتان... مفاصل الذراعين، والرسغ... واليد... والأصابع جميعها مسترخية أكثر فأكثر... الصدر وما يحيط به مسترخ... البطن والمعدة... قدماك دافئتان... وأنت بكاملك مسترخ... وكأنك نائم بعد عناء يوم طويل وشاق... وجهد وعمل... كل الجسم نائم لكنك تحس بالأشياء التي تدور من حولك... وإن كنت لا تعيرها أي اهتمام... لا اهتمام بشيء إلا بصوتي... ولا تفكير في شيء غير جسمك... ولا استجابة لشيء إلا لصوتي... وهو ينقلك من هدوء إلى هدوء أعمق وسكينة... والراحة... والهدوء... والتخفف من كل أعباء الحياة حتى لو للحظات... استمر في ذلك ما أحببت...

أما إن شئت أن توقظ نفسك فما عليك إلا أن تعد من 1 إلى 3... وعندما تصل إلى 3 تفتح عينيك وتتثاءب إذا أردت... وتشعر بإحساس هادئ يتملك جسمك كله..

. إحساس خال من القلق والتوتر تماما مع إحساس بالقوة والنشاط والحيوية... وقد تريد أن تجعل من هذا الإحساس بالقوة الهادئة أسلوبا لك في الحياة بعد ذلك... 1 , .. 2, ..3.

تدريب مختصر:

بعد التدريب على التمرين السابق، توجد تدريبات مختصرة متعددة لأي جزء من أجزاء الجسم. والتدريب الآتي يمثل نموذجا للتدريبات المختصرة التي يمكن للشخص أن يؤديها وهو جالس، بهدف التخلص من الضغوط والتوترات اليومية، خاصة في الجزء الأعلى من الجسم ومنطقة الكتفين:

«وأنت جالس، اثن رأسك إلى الأمام، وعيناك مغلقتان. حافظ على فكيك متباعدين، وشفتيك منفرجتين. أرح ذقنك على صدرك... خذ نفسا عميقا، احجزه لحظة، خلالها ابدأ في إدارة ولف رأسك بطيئا جهة اليمين، إلى أقصى الجانب الأيمن، ثم اسند رأسك على كتفك اليمنى... عندها تنفس إلى الخارج (زفير بطيء)، ارتح قليلا. عد برأسك إلى وضعه المستقيم، ثم خذ نفسا عميقا (شهيق بطيء) وكرر نفس الإجراء من ناحية الجهة اليسرى. وأنت تسند رأسك على الكتف اليسرى، خذ نفسا آخر، واعمل على استدارة الكتف الأيمن إلى الأمام والخلف، وإلى أعلى وأسفل، في دوائر كاملة... زفير... قم بنفس الإجراء بالنسبة للكتف اليسرى».

أهمية الصور الذهنية والتخيل الذاتي في تعميق الإحساس بالاسترخاء

المنبه متخيل والاستجابة فعلية:

حقيقة نفسية بسيطة قد لا يختلف فيها اثنان، وهي أن مشاعرنا وانفعالاتنا تتأثر تأثرا قويا بما نرسمه من تصورات أو تخيلات، بما فيها استعادة أحداث سابقة. فأنت قد تشعر بالحزن العميق، إذا ما استعدت حدثا غير سعيد (وفاة عزيز أو صديق) تم في الماضي شريطة أن تستعيده بكل التفاصيل، وبكل حواسك، وربما قد تتساقط دموعك، إذا استغرقت في تذكر تفاصيل هذا الحدث، واستعادة كل مشاعرك آنذاك. وبالمثل قد تجد نفسك غاضبا، إذا استعدت بعض الأحداث - وحاول ذلك الآن - التي مرت عليك في الماضي، والتي تعرضت فيها للتجاهل، والاعتداء، والامتهان، من شخص معين في موقف معين، وربما تجد قدرتك على التركيز والهدوء والنوم تتبدد إذا ما حاولت أن تستغرق أكثر فأكثر في استعادة هذه الأحداث. وإذا كان بإمكانك أن تشعر بالغضب، أو الحزن والبكاء، باستعادة صور

ذهنية سابقة مثيرة لهذه المشاعر، فإن بإمكانك أيضا أن تشعر بالراحة، والهدوء، والسعادة، إذا ما حاولت في الدقائق العشر التالية أن تستعيد بعض التفاصيل بأكبر قدر ممكن من التخيل الحي، عن مكان تحبه، أو مشهد سعيد مر بك.

وكلنا يعرف أن هذه المشاهد، ما هي إلا صور ذهنية images غير حقيقية، حدثت وانتهت، ولكن الشيء الحقيقي هنا هو مشاعر الحزن أو السرور، و الاكتئاب أو الفرح، والغضب أو الرضا، والخوف أو الطمأنينة...الخ، فجميعها حقيقية، ولكنها تولدت عن شيء غير حقيقي هو تخيلاتنا، وما نخلقه من صور ذهنية وتخيلات عن أشياء، وحوادث سابقة أو راهنة.

ويستفيد أهل الفن، والممثلون من هذه الحقيقة، بشكل خاص، فتجد المحترفين منهم، وأساتذة التمثيل والمسرح ينصحون الطلاب والممثلين الجدد منهم، بأن يعتمدوا على قوة إثارة الصور الذهنية، والتخيل الحي للمواقف التي تستثير مشاعر مماثلة للدور الذي يقوم به الممثل، حتى يعطي لأدائه مصداقية، وأصالة في الأداء. فإذا كان الدور يتطلب البكاء فما على الممثل إلا أن يستعيد من حياته الخاصة ـ بمخيلته، وبعيني رأسه ـ مشهدا حزينا، وصورة غير سعيدة. وبالمثل إذا أراد الممثل أن يقوم بدور ضاحك، أو بهيج فما عليه إلا أن يستعيد مشهدا سابقا سارا، وصورة لموقف مرح وبهيج (Fezler, 1989, p.33-34).

وتنبه المعالجون السلوكيون منذ فترة مبكرة لهذه الحقيقة فاستفادوا منها في السابق باستخدام ما يسمى بالعلاج التنفيري، وهو نوع من العلاج موجه بشكل خاص لمعالجة الإدمان على الخمور، أو التدخين، أو الجوانب الشاذة من السلوك الجنسي والاجتماعي. ويكون ذلك بأن نطلب من المريض أن يستعيد صورة سلبية مثيرة للتقزز والاشمئزاز، كلما أخذ يمارس السلوك الخاطئ. ومن المفروض أن تؤدي الصورة المتخيلة إلى اشمئزاز شديد قد يصل إلى درجة التقيؤ الفعلي، وبهذا قد تتوقف العادة السيئة عند الشخص (كالإدمان، مثلا) لأنها أصبحت ترتبط بالاشمئزاز والتقزز.

بعبارة أخرى، أصبح من المعروف الآن بفضل اكتشاف هذه الحقيقة البسيطة، أننا نملك بقوة التخيل وتكوين الصور الذهنية ما يساعدنا على التحكم في تكوين المشاعر والانفعالات المرغوب فيها، وأن نتوقف بنفس

المنطق عن ممارسة الأفعال والمشاعر التي لا نرغب فيها.

ولا يتوقف تأثير التخيل الذاتي وتكوين الصور الذهنية على التأثير إيجابا أو سلبا في المشاعر والأحاسيس، بل يتعداهما للتأثير في كثير من الجوانب الجسمية والنفسية الأخرى، بما في ذلك دوافعنا للعمل، والنشاط، والوظائف البدنية والأمراض الجسمية. فقد بين الباحثون أنها تلعب دورا مهما حتى في الاستجابات العضوية: «تخيل مثلا وأنت تغمض عينيك وبأكبر قدر ممكن لديك من التخيل أنك تتناول ليمونة، وأنك تقوم بشقها إلى جزأين، وتتناول أحد هذين الجزأين لتقوم بعصره في فمك»، من المؤكد - إذا كنت قد نجحت في استثارة الصورة على نحو حي - أنك لن تشعر فقط بمذاق الليمونة اللاسع، ولكن كمية اللعاب في الفم (وهو استجابة عضوية) ستزيد كما لو كنت بالفعل تمتص قطعة الليمون: المنبه متخيل والاستجابة فعلية. ولا يتوقف الأمر على كمية اللعاب، إذ تؤثر عملية التخيل الذاتي على الكثير من الوظائف العضوية الأخرى، إن لم يكن جميعها. ركز - كمثال آخر - على بعض أطراف اليد أو القدم، وحاول وبأكثر ما تملك من قدرة على التركيز أن تتخيل اليدين موضوعتين على سطح ساخن، أو أمام موقد أو مدفئة، ستجد بعد قليل أن الأطراف بدأت تسخن، وتزيد من حرارتها. افعل العكس، ستجد أطرافك تبرد، ودرجة حرارتها تنخفض إذا ما تخيلت أنك تضعها على قطعة من الجليد، أو في داخل ثلاجة. ولو أمكنك في الموقفين أن تقوم بقياس ضغط الدم بجهاز، ستجد أن ضغط الدم سينخفض في الموقف الأول (الدفء)، وسيرتفع في الموقف الثاني. ولهذا نجد أن أحد التطبيقات الصحية المباشرة لأسلوب التخيل، وتكوين الصور الذهنية، استخدامه بوصفه أسلوبا علاجيا في نسبة كبيرة من الأمراض الجسمية الخاصة باضطرابات الدورة الدموية، وعلاج ارتفاع ضغط الدم. كما يستخدم في قطاعات مرضية أخرى بما فيها تحمل الألم، وأمراض الجهاز التنفسي، والربو.

كما تخضع قدرتنا على النشاط، والدافعية (وهي من الأشياء التي تتدهور نتيجة للاكتئاب) وتتأثر على نحو مباشر بقدرتنا على التخيل الذاتي. فدوافعنا للطعام، والشراب، والجنس قد تنشط إذا ما سبقها تخيل وتركيز التفكير الحسي في المنبهات، ومختلف المثيرات المرتبطة بإشباع هذه الدوافع.

ولعل أكثر البحوث إثارة للجدل والاهتمام، فيما يتعلق بتأثير التخيل الذاتي، وإثارة الصور الذهنية أي استخدامه في مجال علاج أحد الأمراض التي لا يزال الطب عاجزا عن احتوائها ألا وهو السرطان. فقد قام كل من كارل وستيفاني سيمونتون (quoted from Fezler, 1989, p.37)، بإجراء دراسة على مرضى السرطان بمركز علاج وبحوث السرطان بولاية تكساس الأمريكية، بهدف تشجيع المرضى على مقاومة نمو الخلايا السرطانية، باستخدام الأسلوب الإيحائي المعتمد على إثارة التخيل والصور الذهنية. وقامت طريقتهما ببساطة على أساس تشجيع المرضى بتكوين تخيلات وصور ذهنية، يشجعون خلالها على تصور أن هناك قوة داخلية تقوم بمهاجمة الخلايا السرطانية وتدمرها تدميرا. ولكي يساعدا المرضى على تكوين صور حية، طلبا منهم أن يتخيلوا الأورام السرطانية على أنها أشكال قبيحة قابعة هناك في موقع الإصابة، مثلا كأنه «فأر أسود قبيح قابع هناك في منطقة ما من الجسم»، أو «قطعة لحم نتنة نريد التخلص منها بطحنها وتفتيتها». بينما أعطيت القوة الداخلية التي تهاجم الورم صورة استعارية إيجابية على أنها، مثلا، «فارس يضرب سهمه، أو يطلق سلاحا ناريا ليدمر هذا الفأر الأسود القابع هناك».

وبالرغم مما أثارته تجارب «سيمينتون» وزوجته من جدل، فإنها أعيدت على مرضى آخرين، بباحثين مختلفين، وكانت النتائج متسقة، وتسير في نفس الاتجاه، وبصورة تبين أن إثارة الصور الذهنية الإيجابية تلعب دورا إيجابيا في عمليات الشفاء من قطاع كبير من الأمراض، بسبب تأثيرها المباشر على تقوية جهاز المناعة. وتعاون علماء وظائف الأعضاء مع علماء النفس في القيام بدراسات، تهدف إلى التحقق من أسباب الآثار الإيجابية للتخيل الإيجابي والصور الذهنية على الصحة، فهل هي بالفعل تؤثر في الوظائف البيولوجية، وفي إحداث تغيرات كيميائية من شأنها أن تعمل على تقوية جهاز المناعة؟ للإجابة عن هذا السؤال أجريت بالفعل دراسات بينت أن الصور الذهنية الإيجابية، والتخيلات تعمل على زيادة المضادات الليمفاوية T killer Lymphocytes، وهي المادة الرئيسية المعروف عنها أنها تقوي من جهاز المناعة، وتعمل على تدمير الخلايا السرطانية. وفي تجارب أخرى عن تحمل الألم، تبين أن إثارة صور ذهنية إيجابية، وتخيلات تعمل على

زيادة مادة «الإندورفين» endorphin والتي من شأنها أن تحسن المزاج، وتساعد على تحمل الألم، والتي يصفها البعض بأنها الأفيون أو المورفين الطبيعي الذي يفرزه الجسم (Ornstein & Sobel,1989).

والواضح أن لأسلوب الصور الذهنية، تطبيقات مهمة في ميداني الصحة النفسية والجسمية معا، وهناك محاولات جادة لتطوير برامج من الصور الذهنية النوعية، التي تعد خصيصا لعلاج قطاع كبير من الأمراض النفسية (كالقلق والاكتئاب) فضلا (وهذا هو الجديد بحق) عن كثير من الأمراض البدنية كالربو، وأمراض الجهاز التنفسي، وأمراض الدورة الدموية، وأمراض الجهاز الهضمي، وأمراض ضعف أو فشل جهاز المناعة. ونعرض فيما يلي نموذجا لأحد التدريبات التي تستخدم في المساعدة على تعميق عملية الاسترخاء.

نزهة على الشاطئ:

نموذج لأحد أساليب إثارة الصور الذهنية المتخيلة

اعتمدنا بالنسبة لهذا التمرين اعتمادا رئيسيا على التمرين الذي وضعه «فيزلر» (Fezler, 1989, pp.45-46)، بعنوان مشهد الشاطئ Beach Scene وقد قمت بوضع تعديلات طفيفة ليتناسب مع البيئة الطبيعية - الجغرافية العربية، خاصة فيما يتعلق بتسمية الزهور وأنواع الطيور. وفي العادة أستخدم هذا المشهد إما مستقلا، أو بالاشتراك مع أسلوب الاسترخاء، وأستخدمه بشكل خاص عندما يكون المريض من النوع الذي يجد صعوبة في الاستجابة لأساليب الاسترخاء التصاعدي العضلي. ولكي يحقق هذا الأسلوب الفائدة المرجوة منه أنصح القارئ القيام بتسجيله مسبقا على شريط تسجيل، ومتابعة تعليماته في المكان والوقت الملائمين. ومن البديهي بالطبع أن يتجنب القارئ من استخدام أو الإنصات للتسجيل في الأوقات الحرجة التي تحتاج إلى تنبه ويقظة، مثلا، أثناء قيادة السيارة. وفيما يلي شرح لتعليمات هذا المشهد:

«كل إحساس خبرته في الماضي مسجل للأبد ولديك القدرة على استعادة الإحساس به بكامل حيويته، وكأنك تختبره وتعيشه كأول مرة. ومطلوب منك الآن أن تستخدم كل حواسك الخمس في القيام برحلة، أو نزهة

حسية، وستتمكن خلالها من أن تستعيد مشهدا حيا بعين رأسك، وكأنك تعيشه بالفعل وتحياه».

«إنك الآن تسير بمحاذاة الشاطئ. إنك في منتصف شهر يوليو، أو في أوائل شهر أغسطس، والجو حار، شديد الحرارة. الساعة الآن الخامسة بعد الظهر. الشمس قريبة من الأرض مما يزيد حرارة الجو، وتنحدر نحو الغروب، ولكنها لم تغرب بعد. السماء فوقك، وعلى مرمى بصرك شديدة الزرقة، وقرص الشمس أصفر ناصع الصفار. إنك تشعر بحرارة الشمس، وهي تلفح وجهك. إنك تحس بحرارتها، وتحس بأشعتها الساخنة على جسمك».

«قدماك حافيتان، وتشعران بالملمس الحار للرمل، وحبيباته الجافة. إنك ما زلت تسير، وتشعر بالحرارة، ولهذا تقترب من ماء الشاطئ، وقدماك الآن تشعران ببرودة الرمال المبتلة».

«إنك تسمع تراطم الأمواج، وهي تتكسر على الشاطئ بهدير إيقاعي، تضرب الشاطئ، وتنحدر مخلفة وراءها رغوات، وزبد البحر، وأكوام الرمل المبتلة، وهي تتشكل بحسب إيقاعات الأمواج. إنك تسمع جيدا أصوات ارتطام أمواج البحر العالية، وتكسرها، وتواصل سيرك».

«وفجأة تجد أمامك تلا من الرمال التي خلفها البحر، كومة من الرمل الأبيض، تغطيها الطحالب، ويغطيها عشب أخضر، شديد الخضرة تنبعث منه، وتحيط به زهور صفراء وورد أحمر وأبيض. إنك تجلس على هذه الكومة من الرمال، ووجهك إلى البحر. أنت ترى الآن البحر، وهو يعكس أشعة الشمس الذهبية، كأن سطح البحر قد تحول إلى مرآة فضية اللون، تكثف من أشعة الشمس وتزيد منها بشكل يعشي العينين».

«إنك تحملق في البحر مركزا بصرك على أشعة الشمس المتكسرة والمجعدة على سطحه، وتبدأ في رؤية كثير من البقع الوردية اللون، والتي ترصعها بقع بنفسجية تتواثب أمام ناظريك. إن اللون البنفسجي يشكل قوسا بنفسجيا على امتداد الأفق. تحيط بالزهور أمامك هالات وردية اللون. إنك لا ترى أمامك إلا اللون البنفسجي يملأ عينيك في أي اتجاه أو أي مكان تنظر، أو توجه بصرك نحوه».

«والآن أخذت الشمس تنحدر نحو الغروب، ومع كل حركة تتحركها

الشمس نحو الغروب، تجدها أمام ناظرك منعكسة على مياه البحر، وأنت تغرق في استرخاء عميق... عميق... وأعمق... أعمق. وعندما يختفي قرص الشمس تماما في الجهة الأخرى تظل في حالة من الاسترخاء العميق. تتملكك الآن حالة من الاسترخاء العميق الحلو».

«والآن إن الفضاء من حولك، يتشكل بمختلف ألوان الغروب: الأحمر، والقرمزي، والبنفسجي واللون الذهبي المحمر، إنها ألوان الغروب تجدها أمامك، وكأنك تراها للمرة الأولى، حية، ومتميزة».

«الآن تتحول الدنيا وتتشكل بلون الغسق، اللون الوردي المعتم. وتدريجيا يحل الظلام. إنك تنظر الآن إلى الدنيا من حولك، وقد حل بها الظلام، وترفع بصرك إلى السماء. إنها ليلة صافية، والسماء من فوقك مرصعة بآلاف النجوم الفضية اللامعة. أعداد لانهاية لها من النجوم التي تلمع، وينطفئ بعضها، ويتهاوى بعضها في الفضاء السحيق. وتسمع في نفس الوقت صوت البحر، وأمواجه تضرب الشاطئ برقة وانكسار. وحواسك جميعها تعيش هذا المشهد: السماء أمام ناظريك بكل آلاف النجوم، وأصوات البحر، والموج، وطعم الماء المالح، ورائحة يود البحر تملك عليك حاسة الشم، والهواء يصافح وجهك، وجلدك برقة».

«أنت والسماء والفضاء والبحر. وتشعر بأنك جزء من هذه الوحدة الكونية، تسبح فيها في سلام وسلبية».

«وها أنت الآن تعود من هذه النزهة، وترجع من هذه الحالة، ولكن شعور القوة والهدوء والطمأنينة يسجلان هناك في مشاعرك إلى الأبد».

«الآن عد من 1 إلى 3، وعندما تصل إلى 3 ستنهي ما أنت عليه من حالة التنويم التي تملكتك، لتجد نفسك في أقصى حالات الانتشاء.. 1, . 2.. 3».

والخلاصة، يستجيب جميع الناس تقريبا للاضطرابات الانفعالية بما فيها الاكتئاب بزيادة في توترات عضلات الجسم. ومن شأن هذا التوتر أن يضعف من قدرة الكائن على المقاومة أو الاستمرار الكفء في نشاطه الجسمي والعقلي، بل ويجعله أكثر استهدافا لمزيد من الانفعال والاضطراب والخوف والسلبية... وتشيع حالات التوتر العضلي بين المرضى النفسيين والعقليين، أكثر من شيوعها بين الأسوياء والناجحين اجتماعيا والقادرين

على ممارسة أنشطة الحياة بكفاءة. ويصطحب كل اضطراب انفعالي بتوتر نوعي في بعض عضلات الجسم... فالقلق يصحبه توتر في عضلات الرأس (الصداع)، والإحساس بالذنب يصحبه توتر في عضلات الظهر (كآلام الظهر)... الخ. ويستجيب المرضى النفسيون والعقليون بتوترات عضلية عامة قد تشمل الجسم كله. وقدم هذا الفصل بعض الأساليب للمساعدة في السيطرة على التوترات العضلية وتحقيق الاسترخاء العضلي. ووضح أنه بإمكان الإنسان أن يتعلم وسائل من شأنها أن تساعده على تحقيق هذا الاسترخاء. ويؤدي نجاح الشخص في تعلم الاسترخاء العضلي إلى تغيرات شاملة في الشخصية، وإلى مزيد من الكفاءة والنضج في مواجهة مشكلات الحياة بأزماتها الاجتماعية والنفسية والجنسية. وعرضنا للإجراءات التي يمكن استخدامها لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاسترخاء العضلي العميق، وأحد التدريبات المهمة لذلك. كذلك أوضحنا العوامل التي تساعد على الاسترخاء وتعمق الإحساس به، بوجه خاص استخدام الصور الذهنية والتخيل.

إطار شارح ا ـ 13

طريقة ألكسندر

فردريك ماتياس ألكسندر Alexander لم يكن عالما نفسيا ولا طبيبا، ولكنه اكتشف طريقة أصبحت من حقائق العلم، وأفاد منها آلاف الأشخاص قبل أن يعترف بها العلم، ومن الذين استفادوا من طريقته وروجوا لها جورج برنارد شو وألدوس هكسلي. كان ألكسندر ممثلا مسرحيا محترفا متخصصا في الإلقاء المسرحي للمقطوعات الشعرية والأوبرالية. وقد تعرضت مهنته للخطر، عندما تكرر فقدانه لصوته أثناء أدائه، مما عرضه لكثير من جوانب الإحراج والاكتئاب. ولما فشل كل الأطباء الذين استشارهم في مساعدته، أخذ يدرس في المرآة الوضع البدني والجسمي الذي يتشكل به خلال عملية الإلقاء. وقد أخذه ذلك إلى ما يقرب من تسعة أعوام، ليكتشف السبب في مشكلاته اللغوية. فقد لاحظ أنه يقوم دائما قبل أن يبدأ في الإلقاء، بتحريك كل رأسه إلى الخلف بطريقة تؤدي إلى تقلص عضلات الرقبة، والضغط على الفقرات العليا من العمود الفقري. وقد دلته ملاحظاته بعد ذلك إلى أن يكتشف أن الكثير من الناس يفعلون ذلك، فيما عدا الأطفال والقطط. ومن ثم بدأ يؤمن بأن السبب في مشكلاته، بما فيها احتباس الصوت، والإجهاد الشديد ما هو إلا نتيجة مباشرة للوضع الخاطئ للرأس الذي اعتاد عليه، ومن ثم فإن تعديل هذا الوضع سيؤدي إلى تحرره من التوتر العضلي، ويحرر العمود الفقري من الشد الواقع عليه من انحناء الرقبة بشكل مقاطع لامتداده الطبيعي. وقد كتب ألكسندر عن أسلوب تدريبي مفصل، يعتمد على وضع الرقبة في مثل هذه المواقف في وضع مريح، غير ضاغط على الفقرات، مع مد الرأس إلى الأمام بحيث توضع الفقرات فوق بعضها البعض في وضع غير ملتو، وبشكل مستقيم، مع تحرير الكتفين والظهر ومدهما أفقيا. هذا وبالرغم من أن «ألكسندر» لم يعش بالقدر الكافي ـ توفي سنة 1955 ـ ليرى مدى الاهتمام الذي لقيه أسلوبه من إقبال، فقد خصص «تينبيرجن» Tinbergen الطبيب الحائز على جائزة نوبل 1973، ما يقرب من نصف خطابه للتنويه بأسلوب ألكسندر. وفي سنة 1970 صدر في أمريكا كتاب بعنوان «أسلوب

ألكسندر: الطريقة الثورية في استخدام الجسم لتحقيق الطاقة»، الذي يشرح بالتفصيل كيفية إجراء هذه الطريقة، ومتضمناتها العلاجية خاصة في حالات صعوبات النطق والكلام (للمزيد عن هذه النظرية وأساليبها الفنية، يمكن الرجوع إلى:

Barker, S. (1970). The Alexander Technique: The revolutionary way to use your body for total energy. New York: Bantam Books.

(إطار شارح 2 - 13)

استمارة مراقبة شخصية لمدى التقدم في الاسترخاء

مقياس التقييم يتراوح بين صفر و10، حيث : صفر = أقصى حالات الاسترخاء و الهدوء، 10 = أقصى حالات التوتر و الشد.

تاريخ التقييم : من : إلى

متوسط الدرجة لليوم	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	متوسط الدرجة = المجموع + الأيام
١ - أكثر الأوقات توترا								
الدرجة								
متى								
أين								
الموقف								
٢ - أكثر الأوقات استرخاء أو هدوءا								
الدرجة								
متى								
أين								
الموقف								
٣ - أعراض التوتر								
ص = صداع								
م = آلام في المعدة								
ن = اضطراف النوم								
٤ - ممارسة الاسترخاء								
متى قمت بالتدريب؟								
طول المدة في كل مرة								
الدرجة قبل الاسترخاء								
الدرجة بعده								

(إطار شارح 3 - 13)

مثال لاستمارة مراقبة شخصية لبعض مواقف التوتر أو الهدوء اليومي (حالة الدكتور م)

مقياس التقييم يتراوح بين صفر و 10 ، حيث :

صفر = أقصى حالات الاسترخاء و الهدوء

و 10 = أقصى حالات التوتر و الشد

تاريخ التقييم : من : إلى

متوسط الدرجة لليوم	.... ٧	
	أكثر الأوقات توترا	
الدرجة	.... ٨	
متى	الساعة الواحدة والنصف ظهرا	
أين	في اجتماع رسمي	
الموقف	عندما طلب مني التنازل عن بعض المحاضرات التي تدربت عليها لزميل جديد في القسم	
الدرجة	أكثر الأوقات استرخاء وهدوءا ٤	
متى	في الصباح الباكر	
أين الموقف	في المترل قراءة الجرائد الصباحية وتناول شاي وإفطار الصباح أمام التليفزيون	
	أعراض التوتر ضيق التنفس ، الغضب صعوبة في النوم بسبب التفكير في الموضوع	

١٤ تعديل السلوك الاكتئابي وأساليب اكتساب الأمل

تعلمنا النظرية السلوكية المعاصرة أن السلوك الاكتئابي، كأي سلوك آخر، ما هو إلا نتاج لعملية تفاعل طويلة بالبيئة. إننا ـ بعبارة أخرى ـ لا نتوقف ـ إلا في حالات النوم بالطبع ـ عن التفاعل بالبيئة، فسواء كنت تتحدث مع أحد، أو تشاهد التليفزيون، أو تكتب بحثا أو قصة، أو تتفاعل مع الأطفال أو الزوجة، أو تتمشى في مكان عام، أو تستمع إلى رسالة، أو توصل رسالة لفرد أو لجمهور... أو حتى مجرد أن تكون جالسا بمفردك تحاول أن تستعيد بعض الحوادث التي مرت بك اليوم أو بالأمس، أو تخطط لما سيحدث غدا، أو في الساعات القادمة... في كل هذه المواقف، أنت تقوم بنشاط معين: أدائي، أو ذهني، نشاط حركي، أو تفكير وتخطيط. ونحن في كل ذلك نرغب عادة في تغيير الشروط المحيطة بنا، أو تعديلها، بحيث نصبح أكثر قدرة على تحقيق غاية أو هدف معين. فعلاقاتنا بالبيئة إذن علاقات دائمة ومتبادلة.

هل تحقق هذه الاستجابات، أو جوانب السلوك التي تصدر منا أهدافها؟ الحقيقة أنه يمكن النظر

إلى نشاطاتنا، وتفاعلاتنا بالبيئة، ومدى ما تحققه من أثر أو نتيجة وفق جانبين:

- السلوك الذي يؤدي إلى نتائج إيجابية، كأن تكتب تقريرا، أو دراسة فتجد تشجيعا وامتداحا لك على هذا الجهد الطيب من المحيطين بك، سواء كانوا من بين زملائك أو رؤسائك. ونستطيع أن نتعرف على مدى ما تؤدي إليه هذه التفاعلات من نتائج إيجابية، إذا شعرنا خلالها، أو بعدها بأننا موضع للتقدير، والحب، والفائدة، والإعجاب. وفي مثل هذه المواقف تنتابنا مشاعر وأحاسيس طيبة، فضلا عن أن العائد الإيجابي، والمردود الاجتماعي الطيب الذي يأتينا من هذه التصرفات وأنواع السلوك التي نقوم بها، يدفعنا لمزيد من الجهد والنشاط، والدافعية.

- وهناك السلوك الذي قد يؤدي إلى نتائج سلبية، أو لا يؤدي إلى النتيجة التي تبغيها، كأن تتعرض لنقد جائر من شخص تتوقع منه أن يتفهمك ويتفهم عملك، ويقدر جهدك. أو أن تكتب تقريرا عن عملك، ولكن رئيسك في العمل أو أستاذك لا يعطيك إجابة، فتصيبك الشكوك بوجود خطأ معين فيما كتبت، أو أنك قد أضعت وقتك وجهدك فيما لا طائل فيه. وعموما نستطيع أن نحكم على المواقف، والنشاطات بأنها ذات محصول سلبي إذا شعرنا خلالها أو بعدها بأننا عرضة لعدم التقدير، أو الإهمال، والنقد، والامتهان.

وتعلمنا نظرية اليأس المكتسب وتناقص التدعيم، أن الاكتئاب يكون هو الاستجابة المرجحة عندما نجد أن الكثير جدا من نشاطاتنا وتصرفاتنا تصبح غير مجدية، ولا تلقى نتائج إيجابية، وأن أغلبها يؤدي على العكس إلى نتائج سلبية، أو لا تلقى إلا الإهمال والتجاهل.

وأنت عندما تشعر بالاكتئاب لأن نشاطاتك أصبحت غير مجدية، وكل عائد من أي نشاط تقوم به هو الإهمال، أو المعاقبة، تجد نفسك في حلقة مفرغة vicious circle. بعبارة أخرى تجد نفسك مكتئبا، ومن ثم تجد نفسك مثبطا، متقاعسا، وفاقدا للأمل، من الاكتئاب، وهكذا دواليك. فمثلا، عندما يتكرر منك سلوك، وتجد أنه لم يتلق ما تطمح له من نتيجة إيجابية، أو اهتمام، أو عندما تجد الزوجة نفسها موضعا لنقد الزوج (نتائج سلبية)، فإن النتيجة تكون خيبة أمل أو اكتئاب، ونتيجة لهذا قد يزداد عزوف الزوجة

عن التفاعل الإيجابي بالزوج (فترفض مثلا دعوته للخروج، أو قضاء وقت ممتع معا في المنزل أو خارج المنزل)، مما يدفع الزوج إلى مزيد من التصرف السلبي، أو البحث عن مصادر أخرى للترفيه خارج المنزل، مما يقلل بدوره الفرص أمامها للخروج من دائرة الاكتئاب والإحباط، ومما يفتح مجالات أكثر فأكثر للهزيمة، والاضطراب النفسي، بما في ذلك مزيد من الاكتئاب.

وبالرغم من أن حصولنا على نتائج إيجابية شيء طيب، فإن لغة الصحة النفسية تتطلب وجود توازن بين الإيجاب والسلب، فمن غير الواقعي، أن تؤدي كل استجاباتنا إلى نتائج إيجابية، بل إن النتائج السلبية تمثل أحيانا - ومن وجهة نظر النمو والنضج - ضرورة تدفعنا للمزيد من تحسين طرق تواصلنا، وقد تساعدنا على إعادة حساباتنا وتوقعاتنا وحكمنا على المواقف والأشخاص الذين نتفاعل معهم، مما يساعد على مزيد من النمو والنضج الاجتماعي والنفسي. لكن أن تنتهي كل محاولاتنا، ونشاطاتنا إلى حصيلة من التجاهل والنقد، والاستهزاء، فهذا ما يؤدي إلى الكثير من المشكلات، والتوترات النفسية، التي تتطور بدورها إلى اضطرابات نفسية وعقلية دائمة بما فيها الاكتئاب.

ومن ثم قدمت نظريات التعلم أكثر من منهج أو وجهة علاجية، لكل منهج منها دور في علاج السلوك الاكتئابي، وتعديل الشروط البيئية والاجتماعية التي تساهم في إحداثه. ووظفت النظرية السلوكية، أكثر من مفهوم لخدمة عمليات العلاج النفسي. ويعكس هذا اهتمام هذه النظرية بفكرة الشروط والأسباب المتعددة للاكتئاب، والعزوف عن فكرة وجود علاج واحد، لكل هذه الشروط مجتمعة. ولأن المعالج السلوكي، يسلم بأن العلاج يجب أن يمثل محاولة نشطة لتعديل الشروط السلبية التي تمهد الطريق للاكتئاب، أو تساعد على إبقائه، وتدعيمه، فأنت تجد المعالج السلوكي يقوم ذاته بدور نشط، ويرى نفسه، ووجوده، وما يرسمه أمام مريضه من نماذج سلوكية، وما يقترحه له من خطط علاجية، يرى كل ذلك من العوامل الرئيسية التي تمهد الطريق إلى الشفاء، وتضيف شروطا أو عوامل جديدة تيسر عملية الانتقال من السلوك الاكتئابي، إلى سلوك الأمل والنشاط المتفائل، أو تزيل شروطا تنفيرية كان من شأنها أن تدعم، وتقوي من الاكتئاب. من هذه الأساليب:

التحول من الحلقة المفرغة إلى الحلقة الإيجابية:

يبين لنا ليفينسون وزملاؤه (Lewinsohn, Munoz, Youngren, & Zeiss,1995) أنه لكل حلقة مفرغة، توجد لحسن الحظ حلقة إيجابية. وهناك أمثلة طيبة، على مفهوم الحلقة الإيجابية:

- تحاول أن تقوم بنشاط إيجابي (التنزه على الشاطئ، مثلا) تشعر بأن التنزه يبعدك عن التفكير المتشائم، وتشعر بشعور طيب بسبب التغيرات العضوية الصحية التي يتركها المشي والتنزه، ومن ثم يشجعك هذا على مزيد من التصرفات الإيجابية (الاتصال بالأصدقاء)، التي قد تنتهي بكف الاستجابة الاكتئابية، وفتح مجالات تدعيمية أكثر فأكثر (مزيد من الاتصالات، وتنظيم الوقت، والتنزه...الخ).

- مثال آخر، من واقع الممارسة: طبيبة شابة، جاءتني تشكو من الاكتئاب، والشعور بالوحدة، وأنها لا تجد تقديرا من زملائها ورئيسها في العمل، بالرغم من الجهد الدائب الذي تبذله، والعمل المتواصل، لدرجة أنها تمكث ساعات طويلة بعد الانتهاء من المواعيد الرسمية للعمل، مما كان يدفع زوجها بدوره للشكوى منها وانتقادها، وأضاف ذلك مزيدا من الاضطراب في حياتها (حلقة مفرغة). وتبين لنا بسؤالها أن كثيرا من الأعمال التي كانت تقوم بها، لم تكن مطلوبة منها، ولكنها كانت تتم بفعل اندفاع قهري وسواسي، للظهور بمظهر «الإنسانة الكاملة التي تخلو من أي عيب»، وبهدف الحصول على انتباه الآخرين، ورضاهم، أكثر من أن تحمل لها الإشباع الشخصي والراحة، أو حتى أن تكون ملائمة من حيث طبيعة العمل.

كذلك تبين لهذه السيدة خلال قليل من الجلسات أن الكثير من نشاطاتها التي تقوم بها في داخل العمل غير مهمة، وغير مطلوبة، بل وكانت تثير غيرة زملائها وزميلاتها في العمل، وغيظهم لأنها تفعل بعض الأشياء التي هي من صميم عملهم دون أن يطلبوا منها ذلك. لقد كانت تؤدي هذه النشاطات بهدف أن تبدو بصورة إيجابية، وأنها تمارسها بشكل قهري، (اكتشفنا أيضا أن سلوكها القهري، تكون لديها منذ فترات مبكرة من العمر، إرضاء لوالديها اللذين وصفتهما بأنهما كانا يكثران من نقدها، فكانت تحاول أن تكون في صورة مثالية، كاملة). ومن ثم، فإن توقعاتها للتدعيم من الآخرين لا يمكن أن تكون في مستوى النشاط القهري الدائم الذي تمارسه،

لسببين:

- إن سلوكها ونشاطاتها الدائمة لم تكن تثير رضا العاملين حولها، بمن فيهم رؤساؤها، فالأشياء التي يقومون بها طوال اليوم أو الأسبوع، كانت هي على استعداد للقيام بها في ساعات قصيرة. وبالطبع كان الخوف لديهم من أن تبدو نشاطاتهم أقل في قيمتها مما هي عليه بالفعل، أو أنهم سيظهرون أمام الجمهور غير متفانين في العمل، مثلها، ولهذا ربما كان من المنطقي ـ بالنسبة لهم ـ ألا يبرزوا إنجازاتها على النحو الذي تريده (الناس لا يصفقون إلا للأشياء التي يقدرونها).

- ومن جهة أخرى، إذا قبلنا بالحقيقة السيكولوجية التي تقول: إن الإنسان الذي يعطي يتوقع أيضا أن يأخذ، وأنه كلما زادت رغبة الإنسان في العطاء زادت رغبته في الأخذ، وإذا نظرنا إلى سلوكها القهري، والنشاطات التي تقوم بها على نحو وسواسي على أنه نوع من العطاء، فإنها قد أوقعت نفسها في معضلة نتيجتها معروفة سلفا وهي الإحباط، الذي قد يتطور في الغالب إلى اكتئاب دائم. فالثمن الذي تريده من الآخرين لن يتكافأ بأي حال من الأحوال مع أنواع السلوك التي تمنحها. فهي تهدف إلى الحصول على اعتراف وسواسي دائم من قبل المحيطين بها. كما تحتاج إلى اعتراف منهم بأنها مثالية، وكاملة، وأفضل من أي واحد منهم. بعبارة أخرى، لا نجد هنا توازنا بين الأخذ والعطاء، ولن تحصل عليه في واقع الأمر مهما حاولت أن تواصل المسير في النهج الذي اختطته لنفسها. ولهذا يجيء الشعور بخيبة الأمل نتاجا ضروريا لعدم التكافؤ بين السلوك (أي العطاء) الذي تمنحه لأعمال قهرية، قد تكون غير مطلوبة (وربما غير مرغوبة) وبين التدعيم الذي سيجيئها منه. لقد وضعت نفسها في موقف صعب حقيقة، فهي تشعر بحاجة قهرية إلى الاعتراف الخارجي، والتدعيم، ولكن أي تدعيم خارجي مهما زاد فستراه قليل الشأن إذا قورن بالجهود المضنية، والنزوع العصابي للكمال المطلق الذي تبذله، ولهذا يكون الشعور بخيبة الأمل نتاجا ضروريا لأي تفاعلات اجتماعية، أو أي نشاط تقوم به.

- وتطلب علاج هذه الطبيبة الشابة أن تتعرف على نوازعها بالصورة التي أوصلنا لها التحليل السلوكي السابق، ومن ثم ضرورة التحول بالحلقة المفرغة إلى الحلقة الإيجابية ـ الصحية. فكان عليها أن تدرك أن نشاطاتها

الدائمة غير ملائمة، وأن بيئة العمل الذي تنتمي له لا تطلب - لحسن الحظ - منها ذلك. أي أن سلوكها الوسواسي - القهري الذي كان يدفعها إلى تجنب النقد المحتمل من رؤسائها بالتفاني العصابي في العمل، والظهور بالمظهر المثالي لا يتلاءم، ولا يتشابه مع سلوك أبويها في السابق، والذي كان يجنح للنقد الشديد.

- ولهذا أخذت الخطة العلاجية، إثر تفهمها لهذه النوازع مسارا إيجابيا، كان له دور واضح في نقلها من «الحلقة المفرغة» إلى «الحلقة الإيجابية»، فبدأت بتشجيع منا، وبمتابعة أسبوعية اتباع الأعمال الخاصة بها والمطلوبة منها، وأن تكون حساسة لأعمال الزملاء الآخرين فلا تتخطى حدود اهتماماتهم، وأن تقوم بتنظيم جدول عملها، بحيث تعود لمنزلها في الأوقات الملائمة ما أمكن. وقد أتت هذه الخطة بثمارها بالفعل. إذ انتقلت من الحلقة المفرغة، إلى الحلقة الإيجابية، فبدأت حياتها الأسرية تأخذ مسارا مختلفا جعلها تعبر لي في إحدى الجلسات عن رضائها الكامل على حياتها، وأن أفراد الأسرة أصبحوا بدورهم مصدرا لمزيد من التدعيمات الإضافية، التي تركت لديها كثيرا من مشاعر الرضا والامتنان. فضلا عن هذا، لاحظت أنها أصبحت - بعد الإقلال من النشاطات القهرية - تجد وقتا إضافيا تعمل خلاله على تحسين أدائها المهني، وتوطيد علاقات اجتماعية أدفأ بزملائها وزميلاتها في العمل. كما وجدت وقتا إضافيا تعمل خلاله على بعض النشاطات الأكاديمية المؤجلة، وأصبحت - من الناحية النفسية - أقل إلحاحا في طلب انتباه الآخرين، وتأييدهم القهري لها، مما فتح أمامها بدوره دائرة إيجابية أخرى في مجال العمل، عندما أخذت علاقاتها بزملائها وبالمشرف عليها تأخذ طابعا اتسم بمزيد من الود، والدفء.

صحيح، أن من حسن حظ هذه المريضة، أنها كانت محاطة ببيئة عمل أقل إلحاحا وضغطا، بيئة كانت أكثر تقبلا من غيرها لأداء الأعمال المطلوبة بشكل غير قهري، وبشكل غير تسلطي، وصحيح أيضا أن أسرتها كانت - ولحسن الحظ - أكثر تفهما لظروفها، مما ساعد بيسر على خلق عمليات متبادلة، إلا أن الانتقال إلى مفهوم الحلقة الإيجابية، يتطلب كثيرا من المهارة، والتفهم. كما قد لا يجيء بيسر إذا كانت الظروف المحيطة بالشخص على درجة عالية من اللاعقلانية والإلحاحات العصابية. فوجود أب أو أم،

أو زوج شديد الجدل، ولا ينتبه إلا للسلبيات، ووجود بيئة عمل شديدة التسلط، واللاعقلانية، تتطلب خططا علاجية أكثر تعقيدا، بما فيها مثلا تدريب مهارات اجتماعية أخرى ـ كالتوكيدية ـ التي سنتعرض لها في موقع آخر.

اليوم غير الغد:

الهدف من هذه الطريقة السلوكية، هو أن توسع من منظورك الزماني للمشكلة. فمشكلات اللحظة، قد تصبح في ساعة، أو يوم، أو سنة مجرد ذكرى. وتتطلب هذه الطريقة أن ترى نفسك، بطريق التصور الحي vivid imagery كيف ستكون في المستقبل. والهدف هنا ـ من الوجهة السلوكية ـ أن تكتسب صورة واضحة عن الشروط المعوقة لك في اللحظة الراهنة، وإلى أي مدى تعوق هذه الشروط طريقك إلى تحقيق أنواع الأهداف المرجوة. كم أن من شأن هذه الطريقة، أن تطلعك على مصادر التدعيم التي يمكن أن تتكون في المستقبل. بعبارة أخرى، يمكن بالاستخدام المنهجي الجيد لهذه الطريقة، وعندما تشعر بأن الشروط والظروف الخارجية من حولك أصبحت في وضع لا يطاق، أن تتعامل مع هذه الظروف على أنها حتما ستنتهي وستمر، وأن الحياة ستواصل مسيرتها بالرغم من كل ما قد تضعه أمامنا من عراقيل أو مآس.

وتتطلب هذه الطريقة، الانتقال إلى مستوى التنفيذ العملي، والنشاط الخارجي. إذ لا يكفي، أن نتخيل المستقبل، وأن ننظر إلى المشكلة في إطار زمني أوسع، بل أن نعمل على تنمية أنواع جديدة من السلوك الإيجابي، وأن نوقف أنواعا قديمة من السلوك السلبي الذي من شأنه أن يعيق المسيرة النفسية نحو الصحة النفسية، أو ييسر الطريق لمزيد من النشاط والإيجابية.

ويسمي «دايرينجر» (Dayringer, 1995, pp.63-64) هذه الطريقة: طريقة الإسقاط الزمني Time projection Method، ويرى أنها تصلح بشكل خاص في علاج حالات الاكتئاب الذي يسببه افتقاد أنواع من التدعيم الإيجابي لفترات دائمة، أو طويلة (مثل: المرض، أو فقدان المقربين، أو الهجرة، أو فقدان العمل). ويذكر أن المعالجين السلوكيين الذين يستخدمون هذه الطريقة مع مرضاهم يحصلون على كثير من الفوائد في تعاملهم مع مرضاهم،

وذلك بسبب ما تمنحه لهم هذه الطريقة من وعي بأنواع السلوك التي يقوم بها المريض، والتي من شأنها أن تتسبب في حالات الاكتئاب.

وننصح من ناحيتنا بممارسة هذه الطريقة تحت توجيه المعالج النفسي، وذلك بسبب الطرق الأخرى التي قد يتطلب الأمر استخدامها لتيسير عملية التصور الحي (كاستخدام الاسترخاء، أو التنويم الصناعي).

ولمن يحب أن يمارس هذه الطريقة ذاتيا، أي دون معالج، فإن إجرائها يتطلب أن تخصص وقتا مستقلا لعشر دقائق ثلاث مرات يوميا على الأقل، وفي مكان هادئ. تقوم خلالها بتصور نفسك ـ بكل ما تستطيع من قدرة على التخيل والتصور الحي ـ وأنت تقوم بسلوك بناء وإيجابي (ومختلف عن السلوك الاكتئابي الذي تعاني منه الآن) بعد بضعة شهور في المستقبل، مثلا وأنت تؤدي عملا جديدا، أو تتحادث مع صديق.

وفي ظل هذه الشروط المستقبلية الجديدة، تستطيع أن تدرك، وتتفهم التدعيمات المستقبلية التي يمكن أن يحملها لك المستقبل. مثلا: فتاة في السادسة والعشرين من العمر، وكانت على صلة برجل، وعلى وشك تقدمه لخطبتها من والديها، ولكنها فوجئت بتسويفات متكررة منه، مما أدى إلى قطع الصلة بينهما. وجاءتني في ذلك الوقت، وهي تعاني بشدة. فقد كانت تتصور أنها وصلت إلى عمر لن يسهل عليها الزواج، وأن كل صاحباتها قد تزوجن، وأنجبن الأطفال، وزاد من إحساس خيبة الأمل لديها، شعورها بالغضب الشديد والحنق على هذا الخطيب. فقد كان متزوجا من قبل، وكان يحاول في نفس الوقت التقدم لخطبة إحدى زميلاتها، وكان غضبها على نفسها أشد، فقد كان يجب عليها أن تنهي هذه الصلة بهذا الرجل منذ فترة مبكرة، ولكنها لم تفعل. وهي الآن لا تشعر بحماس لبدء علاقة جديدة، أو الدخول في أي محاولة تيسر عليها الخروج من حالة الاكتئاب التي تعاني منها، ولا ترى أن المستقبل يدعو للتفاؤل. قد استخدمت معها أسلوب الإسقاط الزمني بأن طلبت منها أن تتصور نفسها بعد بضعة شهور أو سنة من الآن، وأنها قد خطبت لشخص آخر بالفعل، وأن تحاول أن ترى نفسها وهي في هذا الدور الذي يحتل قيمة خاصة لديها. إنها بتكرارها لهذا التدريب، استطاعت أن تتدرب على استخدام الاسترخاء العضلي، والاسترخاء بطريقة الصور الذهنية، وتمكنت أن ترى أن المستقبل سيحمل

حتما تدعيمات أخرى إيجابية، كما أدركت أنواع السلوك الإيجابي التي يجب أن تقوم بها لتدعيم أي علاقة، واستثمارها بصورة فعالة، كما استطاعت أن تدرك جوانب السلوك الخاطئة التي اعتادت أن تقوم بها دون قصد، والتي كان من شأنها أن أفشلت كثيرا من العلاقات السابقة. وقد فوجئت، بعد أن تخرجت هذه الفتاة من قسم جامعي للتمريض، أنها اتصلت بي، لتبلغني أنها الآن تعيش علاقة إيجابية، وأنها على وشك الزواج من شاب يحمل لها إعجابا كبيرا، وأن الأمور الآن تسير على أفضل صورة ممكنة.

وبالرغم من أن هذه الفتاة استطاعت أن تحقق حلما كبيرا كان يراودها، لكن ليس بالضرورة أن تنتهي كل الحالات التي تستخدم هذا الأسلوب، بالوصول إلى الأهداف العيانية والمحددة التي كان المريض يضعها في حسابه. من المهم في استخدام هذا الأسلوب، هو الهدف العلاجي الذي يحققه، وهو إتاحة فرصة التعامل مع مواقف الفشل الراهنة في إطار زمني أوسع، حتى تبدو أقل إثارة للاضطراب، وأن نرى المستقبل بصورة أكثر إيجابية، وأن نطلع بصورة مباشرة على إمكانياتنا السلوكية في تحويل عقبات الحياة، وجوانب الإحباط فيها إلى مصلحتنا.

إثارة المشاعر:

يعلمنا العلاج السلوكي أن العصاب ما هو إلا نتاج لكف الدفعات الطبيعية التي تحكمها قوانين الحياة. وقد ميز سالتر Salter منذ الخمسينيات، بين نمطين من الشخصية من حيث المقدرة على التعبير عن المشاعر والأحاسيس الشخصية: الشخصية المكفوفة inhibited personality انفعاليا أو المقيدة، وهي شخصية منسحبة، تحبس وتكتم المشاعر الخاصة. والشخصية المنطلقة أو المستثارة excited personality وهي شخصية تلقائية، تميل إلى التعبير عن المشاعر بحرية وتلقائية. وقد علمنا «سالتر»، متفقا بذلك مع المعطيات الحديثة في العلاج النفسي أن الكثير من جوانب السلوك العصابي، من قلق أو اكتئاب يكون نتيجة لأخطاء تربوية تدفع مبكرا للتقييد وكف التعبير عن المشاعر. وقد أثبت مبكرا أن عملية العلاج النفسي تهدف إلى وضع أساليب للتغيير من نمط التقييد الانفعالي إلى نمط الاستثارة والانطلاق.

وقد لاحظ علماء النفس أن واحدة من المشكلات الرئيسية التي تواجه

الاكتئاب، وتدعمه هي القيود الانفعالية، وأنواع العجز في التعبير عن المشاعر، خاصة الغضب. ولهذا يستجيب المرضى المكتئبون بصورة ناجحة للعلاج الذي يركز، ويناقش هذه النقطة مع المريض. ومن المهم لذلك تدريب مثل هذا النوع من المرضى على مناقشة مشاعرهم، مع تكليفهم بواجبات خارجية تضمن دخولهم في مواقف تتطلب إثارة المشاعر، والتعبير عنها. ولكي ينجح هذا الأسلوب يحسن أن نتدرب عليه قبل الدخول في المواقف الحية، أو تحت توجيه المعالج في بيئة آمنة.

وبالرغم من أن بعض المرضى العرب قد لا يستجيبون بصورة إيجابية لإثارة مشاعر الغضب، ويجدون أنها تختلف على نحو حاسم مع أساليبهم التي درجوا عليها في داخل الأسرة، والمجتمع، والتي تنفرهم من التعبير الانفعالي عن المشاعر السلبية كالغضب والعدوان، فإن من المهم أن يدركوا ولو باستخدام أساليب أخرى، أن القمع الانفعالي الشديد كطريقة لحل المشكلات الاجتماعية والشخصية، ليس هو الأسلوب الملائم لمواجهة مشاعر الاكتئاب والتحرر من القلق، وأن بالإمكان حل كثير من المشكلات التي تعيق نمو الإنسان، وتساعد على توجيهه وجهة صحية من خلال التدرب على التعبير عن المشاعر بصدق، وأن هذه مهارة يمكن أن يكتسبها الشخص ببعض التدريب. هذا وسنتعرض فيما بعد لمزيد من التفاصيل عن هذه الطرق، عند الحديث عن تدريب المهارات الاجتماعية (الفصل 15).

الحرمان من التدعيم:

لعلنا نعرف جميعا أن رغبتنا في الطعام تزداد بعد الإحساس بالجوع، ورغبتنا في لقاء الآخرين تتزايد بعد فترة الانقطاع عن رؤيتهم... وهكذا بالنسبة لكثير من الأشياء: تزداد رغبتنا فيها واهتمامنا بها إذا حرمنا منها. وتعلمنا الخبرة أيضا أننا قد نقلل من شأن كثير من الأشياء المحيطة بنا لمجرد أنها متاحة، وفي إمكاننا أن نحصل عليها في أي لحظة. وقد لوحظ بين المكتئبين بشكل خاص انتشار هذا الميل أكثر من غيرهم. فبسبب الاكتئاب، قد يعمى الشخص عن رؤية أي شيء إيجابي في حياته. فهو ـ أو هي ـ لا يقدر ما تمتلئ به حياته أو حياتها من أمور إيجابية كالصحة أو المال أو الأصدقاء، أو العمل الذي يعمله، أو الأطفال الذين ينتسبون إليه، أو الإنجازات

التي حققها الواحد منهم... الخ.

ولهذا لجأ علماء العلاج السلوكي في السنوات الأخيرة، إلى تطوير أسلوب يساعد الفرد على أن يعيد النظر إلى الواقع من حوله ليراه على نحو إيجابي ومتفائل لم يكن ليراه به من قبل. ويتم ذلك من خلال أسلوب الحرمان الحسي ssensory deprivation، أي البعد عن كل المنبهات الحسية، والمثيرات الخارجية لفترة طويلة.

وبمقتضى هذا الأسلوب يطلب من المريض أن يلتزم الراحة لمدة تتراوح من خمسة إلى سبعة أيام، بأن يظل في حجرته، وقد يتم بالفعل حجزه في مصحة أو حجرة منفردة، لهذا الغرض. ومن المهم خلال هذه الفترة أن يحرم المريض من أي مثيرات خارجية، كما يمنع من استخدام أي وسائل ترفيهية، بما في ذلك الحرمان من الزيارات الخارجية، أو مشاهدة التليفزيون، أو حتى قراءة الصحف أو المجلات، حتى الطعام يجب أن يكون في أقل الحدود، وخاليا من الجاذبية. ويفترض هذا الأسلوب أن المكتئب في نهاية هذه الفترة سيعيد النظر إلى الأشياء السابقة التي لم يكن يقدرها حق قدرها، وأن يراها بصورة إيجابية لم يكن يراها بذلك من قبل. بعبارة أخرى، فإن الحرمان من التدعيم تماما سيجعلنا أكثر قدرة على توسيع نطاق التدعيم، ومن ثم فقد نرى أن كل المنبهات الخارجية تنطوي على كثير من القيم، وجوانب من الجاذبية التي لم نكن نراها فيها من قبل.

ويستخدم هذا الأسلوب في الحالات الشديدة من الاكتئاب، وعندما يتيسر وضع المريض في بيئة منضبطة كإقامته في مصحة أو دار للاستشفاء. على أنه لا يوجد بالطبع ما يمنع الشخص ذاته من الاستخدام الذاتي، وبوعي، وتخطيط شخصي منه.

كما يمكن تحقيق الحرمان الحسي باستخدام التخيل الذاتي، باستخدام الصور الذهنية الحية vivid imagery. وفيما يلي مثال لاستثارة الحرمان الحسي من خلال إحدى تدريبات الاسترخاء بطريق الصور الذهنية، استخدمه «فيزلر» (Fezler, 1989, p.97-98) بنجاح مع مريضة في الثانية والثلاثين من العمر، كانت تعاني من الاكتئاب نتيجة لمجموعة من الضغوط التي ألمت بها من جراء فقدانها للعمل، والطلاق، ووفاة الأب. ذكرت له هذه المريضة أنه لم يعد هناك في حياتها ما يستحق منها الجهد، أو النشاط:

«إنني أجد صعوبة بالغة في الاستيقاظ صباحا، لا كسلا مني، ولكن لأنني لا أشعر بأن هناك شيئا ما يحتاج مني إلى أن أقوم وأغادر سريري، إنني لم أعد أستمتع حتى بالأشياء التي كنت أستمتع بها من قبل. لم أعد أحب السينما، وفقدت الرغبة في مشاهدة التليفزيون، ورؤية الأصدقاء. لم يعد لدي ولو أقل القليل من الطاقة والنشاط». هكذا قالت له المريضة، ولهذا جاءت تطلب استعادة نشاطها من خلال التدريب على الاسترخاء بالصور الذهنية. ومن ثم استخدم معها المعالج تدريبا للحرمان الحسي أسماه «القيظ في الصحراء» الذي سارت تعليماته على النحو الآتي:

«أنت الآن تقف بمفردك، تحدق في حائط أملس أبيض يمتد أمامك من جميع الجهات. أنت الآن تركز بصرك على اللون الأبيض وحده لا غير، ولا ترى شيئا غيره».

«تلتفت الآن من حولك لترى السماء بلونها الأزرق، والشمس صفراء متوهجة، وأمامك يمتد سطح الصحراء، والأخاديد الجافة المشققة حتى نهاية الأفق. الجو حار شديد الحرارة. إنك تشعر بحرارة الجو وحرارة المكان الجاف الذي تقف عليه حافي القدمين. لا توجد من حولك أي أشجار، أو نباتات، أو هضاب، أو ظل. لا شيء من حولك غير الجفاف والحرارة، وسطح الصحراء الساخن المتشقق يمتد أمامك إلى ما لا نهاية.

«إنك تحس بسخونة الشمس على وجهك، والريح الساخنة على جسدك. ابدأ السير. شفتاك جافتان شديدتا الجفاف، ومنطقة الزور ملتهبة، وجافة، ولسانك متشقق من كثرة الجفاف. ويصعب عليك أن تبلع ريقك لكثرة ما تحس به من عطش وجفاف. وتواصل السير وأنت تزداد عطشا أكثر فأكثر».

«الآن، وفجأة تجد أمامك نهرا صافيا، رائقا، يفيض بالمياه العذبة. تخلع الآن ملابسك، وتلقي بنفسك في النهر العذب، وترتشف من مياهه العذبة. إنك تطفو على سطح النهر على ظهرك، ومن فوقك السماء. تمر الساعات ويحل المساء. السماء صافية، مملوءة بالنجوم، مئات النجوم».

«الآن تخرج من النهر. لتجد الهواء البارد يصافح جسمك المبتل، وأنت تشعر بالبرودة تنتشر على امتداد ظهرك، تنتابك قشعريرة من كثرة ما تشعر به من برودة، وتواصل سيرك على الشاطئ الرملي، الرمال لا تزال تحتفظ بحرارة شمس النهار، وتشعر بملمس الرمال الساخنة بين قدميك

الحافيتين».

«تجلس على الرمل، وعندها تهب ريح شديدة تثير الرمال الناعمة من حولك، وعليك. إنك تشعر بالضغط المتزايد كلما بدأت الرمال تتراكم عليك تغطي جسدك. إنك تشعر بالأمان، والطمأنينة، وتشعر بحماية التل الرملي الذي تحتمي به تحت سماء الصحراء».

استخدام مبدأ «بريماك»:

أشار «ليفينسون» (Lewinsohn, Weinstein, & Shaw,1969) إلى حالة شاب مطلق في الثانية والعشرين من العمر، يعاني في نفس الوقت من صعوبات مادية. كان لا يتوقف عن الحديث، واجترار الأفكار التي تشير إلى معاناته وفشله في كل الجوانب: الفشل المادي، والفشل في الزواج، وكان لهذا لا يرى أهمية في العناية بنفسه، فأهمل نظافته ومظهره، وكان يردد أنه يتمنى أن يموت «وينتهي من هذه الحياة التعيسة التي لا يحياها كلب، ولو أدى ذلك إلى انتحاره». وكان يبدو أن حياته، ونشاطاته قد انحصرت في الشكوى والبكاء، والاجترار الفكري لما يعانيه من ظروف تستدعي اكتئابه.

لهذا استندت الخطوة الأولى للعلاج السلوكي للاكتئاب في هذه الحالة على أساس تحديد السلوك الشائع لدى هذا الشاب، والذي يدعم ويعزز اكتئابه، والذي إن أمكن التقليل منه أمكن علاجه من حالة الاكتئاب التي عانى منها. فتبين أن هذا السلوك هو الحوار الذاتي، والترديد الاجتراري الدائم للفشل الشخصي. واستندت الخطوة الثانية إلى تحديد السلوك غير الشائع، أي السلوك الذي يعزف المريض عن القيام به، والذي من شأنه أن يساعده على الخروج من حالته، وورطته: وهو السلوك الذي نريد زيادته لدى المريض بسبب فوائده العلاجية، وقد أمكن حصر هذا السلوك في جوانب منها: القيام باتصالات اجتماعية، البحث عن مجالات للعمل والتقدم لها، محاولة الخروج من أزمته المالية. ومن ثم وافق المعالج على ألا يستمع إلى شكاوى المريض من الاكتئاب (السلوك الشائع)، إلا إذا كان يقوم بين الجلسات بأداء بعض أنواع السلوك المرغوب في اكتسابها كما تم الاتفاق عليها. ومن ثم خصص بداية كل جلسة إلى الاستماع إلى مدى تقدم المريض في القيام بالواجبات المطلوبة منه لتحقيق أنواع السلوك المتفق عليها. فإذا

كانت كل الأهداف قد تحققت، كان يخصص له ساعة علاجية كاملة للإنصات لشكواه من الاكتئاب. أما إذا لم يكن أداء السلوك المرغوب قد تم على النحو المطلوب، فقد كان المعالج ينهي الجلسة بأدب خلال الدقائق العشر الأولى، مقترحا تأجيل الجلسة ثلاثة أو أربعة أيام لحين تحقيق السلوك المرغوب. ويقرر «ليفينسون» أنه لم يمر على المريض أكثر من بضعة أسابيع حتى بدأ ينشط في تحقيق أنواع السلوك المرغوبة بما فيها قدرته على الحسم، واتخاذ القرارات، والعثور على عمل، والتقدم لأحد المؤسسات الخيرية للحصول على قرض دون فائدة لتحسين وضعه المالي.

تمثل الإجراءات العلاجية السابقة تطبيقا عمليا لما يسمى بمبدأ «بريماك» (Premack Principle (Premack,1959 نسبة إلى «دافيد بريماك». ويعلمنا مبدأ «بريماك» أن بإمكاننا أن نستخدم سلوكا شائعا لدى الفرد (الشكوى الدائمة)، كمدعم لسلوك آخر قليل الشيوع (النشاط والبحث عن عمل). ومن ثم يسمح للمريض بأن يقوم بالسلوك الشائع الأصلي، وهو الشكوى والنحيب، إذا قضى بعض الوقت قبل ذلك في أداء السلوك المرغوب فيه صحيا.

بفضل هذا الأسلوب أمكن مساعدة إحدى المريضات المنعزلات اجتماعيا، في أن تزيد من مقدار سلوكها الاجتماعي، وأن تكون صلات اجتماعية سريعة بالمحيطين بها، مما قلل من الشعور بالاكتئاب. كانت هذه المريضة في الرابعة والأربعين من العمر، تقيم في أحد مستشفيات الطب العقلي، وأفادت التقارير المسجلة عنها بأنها تميل للعزلة الشديدة. فنادرا ما كانت تقدم على التفاعل أو مبادلة الأحاديث مع المحيطين بها سواء كانوا من الهيئة العاملة، أو المرضى الآخرين. أما جل وقتها، فكانت تقضيه بالجلوس على مقعد معين بصالة العنبر. وأفادت هيئة التمريض، أنهم لم يلاحظوها أبدا تعبر عن رضائها أو سرورها بأي شيء يحدث منها أو حولها، بما في ذلك حتى جلوسها الدائم على مقعدها. وقد قام الإخصائي النفسي بالعنبر بوضع خطة علاجية، تقوم على «مبدأ بريماك»، أي باعتبار أن أكثر أنواع السلوك شيوعا لديها كان هو الجلوس على المقعد، ومن ثم فقد تطلب الأمر أن يسمح بالقيام بهذا السلوك (الجلوس على المقعد) عندما تتفاعل هذه المرأة بمن حولها. أي أن يكون الجلوس مدعما (لاحقا) عند القيام بالسلوك

الاجتماعي المرغوب فيه، وهو الدخول في تفاعلات لفترات قصيرة، تزداد تدريجيا، بمن حولها.

بين الإخصائي السلوكي لهذه السيدة أنه سيسمح لها بالجلوس على كرسيها المفضل في صالة العنبر، لمدة نصف ساعة كاملة عندما تقضي بعض الوقت في تفاعل اجتماعي لا يزيد على دقيقتين (تبادل الحديث، أو المشاركة في أي عمل لفظي أو أدائي) مع أي فرد من المحيطين بها، سواء كانوا من المريضات الأخريات أو العاملين والعاملات. ولما أظهرت المريضة موافقتها وتفهمها للخطة، قام الإخصائي بالتدعيم الفوري لسلوكها بأن سمح لها بأن تجلس الوقت المتفق عليه على مقعدها، بسبب موافقتها على الخطة، وتفهمها لها. وقد طلب من أحد الممرضات أن تذهب إليها بعد كل نصف ساعة لتدعوها لترك مقعدها وأن تشاركها أو تشارك الأخريات في تواصل اجتماعي لمدة دقيقتين، وتعاد بعد الدقيقتين إلى جلستها المفضلة. وبالرغم من تردد المريضة، في قبول دعوة الممرضة للتفاعل وتناول القهوة في مكان آخر مع المرضى، فقد أمكن تحقيق ذلك بعد تشجيعها، وتذكيرها بموافقتها السابقة على الخطة، وحثها لفظيا وجسميا على القيام من مقعدها. وكانت فترة التواصل والتفاعل الاجتماعي تزاد تدريجيا لمدة دقيقة واحدة في كل يوم.

أما عن التقدم في السلوك الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين لدى هذه السيدة فقد كان سريعا. ففي نهاية الأسبوع الثاني كانت المريضة قادرة على التفاعل مع الآخرين لمدة 15 دقيقة عن كل نصف ساعة تقضيها جالسة على كرسيها المفضل. ومع تقدمها الحثيث قلل العاملون معها من تذكيرها بالوقت، كما قللوا من التعليمات المعطاة لها لتحديد طبيعة التفاعل الاجتماعي المطلوب منها، فأعطيت حرية اختيار النشاطات التي ستقضيها في التفاعل مع الآخرين، بما في ذلك اختيارها للأشخاص الذين ترغب في التفاعل معهم، أو اختيارها للنشاط الاجتماعي الذي ترغب في ممارسته (تبادل أحاديث، تناول القهوة، الدخول في نشاطات تعاونية في المطبخ أو الصالة...الخ).

وفي اليوم الـ 12 من بدء الخطة، كانت المريضة تغادر مقعدها كل نصف ساعة دون أن تحتاج إلى تذكيرها بذلك.

وبعد مرور ثلاثة أسابيع بدأ الوقت الذي كانت تقضيه طواعية في عمليات التفاعل الاجتماعي مع الآخرين يتزايد تلقائيا، كما بدأ الوقت الذي تقضيه جالسة على المقعد يقل. لقد بدأ السلوك الاجتماعي يتحول تدريجيا إلى سلوك شائع، ومدعم لها بفضل شبكة العلاقات والتفاعلات التي كانت تتم بينها وبين المرضى أو العاملين والعاملات. وبهذا كان يمر اليوم، تقضيه في اللعب والتفاعل مع الآخرين، ولم يكن الجلوس على المقعد يحدث إلا لفترات معقولة، ولا تختلف عن الحد المعقول المسموح به للمرضى الآخرين (Spiegler & Guevremont, 1993, pp,124-126).

ويمكن ببعض التعديل أن يقوم المريض بنفسه باستخدام هذا الأسلوب (Williams, 1992, p,1990). مثلا ألا يقوم بمشاهدة التليفزيون (كسلوك شائع - سلبي) إلا إذا قام في البداية بإجراء بعض الاتصالات الهاتفية، أو التنزه، أو بعض الواجبات العملية التي تساعد على زيادة حجم السلوك الإيجابي (اجتماعي أو صحي) المعارض للاضطراب النفسي والاكتئاب. وتستند القيمة العلاجية لهذا الأسلوب أنه يعطي فرصة للتعبير عن الاكتئاب، ولكن في أوقات محدودة، ودون أن يتداخل مع أنواع السلوك الإيجابي - التكيفي المطلوب أداؤه والاستمرار فيه.

التحصين:

لعل واحدة من أهم المساهمات التي أضافتها لنا نظرية اليأس المكتسب، هي الفكرة القائلة بأن اليأس يتكون عندما يصل الكائن إلى قناعة كاملة، بأن سلوكه السابق الذي كان يمنحه القدرة على مواجهة الخبرات المؤلمة وحلها لم يعد الآن مجديا. أي أن الصلة المعتادة بين السلوك وما يؤدي إليه من نتائج قد أصبحت غير ممكنة. فهو لم يعد يجد سلوكا ملائما للحل. إن وجود رابطة بين السلوك والتدعيم، أي عندما نعرف ما هو السلوك المطلوب للحصول على النتائج المرغوب فيها، يمنحنا قدرة على التنبؤ بالسلوك المطلوب، ومن ثم نكون أكثر تفاؤلا ومقدرة على النشاط الإيحابي. ويتكون التشاؤم والعجز عندما يتعرض الكائن لخبرات منفرة، ولا يكون بمقدوره إيقافها.

اقترح «سيلجمان» في تجارب اليأس المكتسب أن بالإمكان القيام ببعض

الإجراءات السلوكية، للوقاية في المستقبل من الاضطراب والإحساس السريع باليأس. ففي إحدى تجاربه على الحيوانات عرض مجموعة من الكلاب لعدد من الصدمات الكهربائية التي كان بالإمكان تجنبها والهروب منها بيسر، وذلك قبل أن يضعهم في صندوق مكهرب لا يسمح بالهروب. وبمقارنة هذه المجموعة التي تم تحصينها مسبقا، بمجموعة أخرى من الكلاب وضعت مباشرة في البيئة المكهربة التي لا تسمح بالهروب، تبينت له فروق شائقة، من حيث الفائدة الإيجابية للتحصين. فقد استطاعت المجموعة المحصنة أن تواصل محاولاتها في الهروب من الوضع المنفر، والانتقال إلى الجزء الآمن من الصندوق لأكثر من 24 ساعة. أي أنها لم تتحول إلى اليأس بنفس السرعة التي تحولت إليه المجموعة الأخرى. كما كانت تستمر في الضغط على الحاجز الفاصل بين الصندوقين، بالرغم من أنها كانت تعرف أن ذلك لن يوقف توجيه الصدمات الكهربائية إليها. أي أنها كانت لاتزال تحاول ممارسة بعض جوانب الضبط على البيئة المنفرة.

وفي تجربة مماثلة على الفئران، تبين أن الفئران التي تعرضت في البداية لصدمات كهربائية، ولكن كان بإمكانها الهروب، لم تظهر عليها أعراض اليأس المكتسب على الإطلاق بعد وضعها في بيئة لا تسمح لها بالهروب من الصدمات. ومن الطريف - في تجربة أخرى - أن الفئران التي أمكن تحصينها وهي صغيرة، بتعريضها لصدمات كهربائية متكررة يمكن الهروب منها، لم تصب بعد أن كبرت في العمر، وبعد وضعها في بيئة مكهربة لا تسمح بالهروب، لم تصب باليأس المكتسب.

فما معنى ذلك بالنسبة للاكتئاب الإنساني؟

إذا استبدلنا الصدمات الكهربائية بضغوط الحياة ومآسيها يسهل علينا أن نستنتج أن التحصين المبكر، أي التعرض لبعض الضغوط قد يلعب دورا واقيا من الاكتئاب فيما بعد.

إننا جميعا تقريبا قد تعرضنا أو نتعرض لبعض المواقف المأساوية التي تؤدي إلى فقدان بعض التدعيمات الرئيسية في الحياة، مثلا: آباؤنا وأمهاتنا يموتون، أعزاء لنا ينفصلون عنا ويرحلون، ونفشل في بعض المواقف في تحقيق ما نصبو إليه، ونتعرض للخسارة، ولصراعات مع الآخرين نفتقد خلالها بعض مكاسبنا... الخ. وجميعنا تقريبا في مثل هذه المواقف نشعر

بالحزن واليأس والاكتئاب. لكن لا يتحول جميعنا إلى الاكتئاب المرضي... لماذا يتحول بعضنا للاضطراب الدائم، وبعضنا يكون قادرا على معالجة هذه الأمور ومواصلة المسير؟ الإجابة فيما يبدو تتعلق بالتحصين والوقاية المبكرة. أي أن التعرض السابق للمشاكل والخسائر، والإحباطات والتوترات قد تكون له نتائجه الإيجابية، خاصة إن كان الشخص خلال تعرضه لها، قد اكتسب في نفس الوقت بعض المهارات للتغلب عليها، والسيطرة على نتائجها السلبية. مثل هؤلاء الأشخاص فيما تبين بعض الدراسات الأمريكية المعاصرة (e.g.Seligman,1995)، يكونون أكثر تفاؤلا وأكثر قدرة على التحكم، ومعالجة الضغوط دون الإصابة باليأس الدائم. أما الأشخاص الذين يتعرضون للإصابة بالاكتئاب والاضطراب النفسي واليأس، فهم هؤلاء الذين يتعرضون لمشكلات لا يستطيعون أن يؤثروا في نتائجها، أو أن يتحكموا في نتائجها.

ومغزى ذلك واضح: التحصين المبكر من الاكتئاب، لا يكون بالتعرض للخبرات المأساوية والضغوط العاصفة. كما لا تكون الوقاية من الاكتئاب والاضطراب النفسي، بعزل الشخص وحمايته تماما من التعرض للخبرات السيئة. ولكن بإتقان مهارة التعامل والتحكم والسيطرة على هذه الخبرات المؤلمة؛ لا بالحماية الكاملة من التعرض للضغوط، ولا بالاستهداف الأعزل لها.

وإذا كان لنا أن نستخلص من هذه درسا من الدروس الرئيسية في تربية الطفل: فإن الصحة النفسية، تتطلب أن نوجه أسلوب تنشئة الطفل وجهة تساعده على تنمية الثقة بإمكانياته، وبمقدرته على التعامل مع صعوبات الحياة مبكرا. ولن يتاح له ذلك، إذا كان كل جهدنا موجها فقط نحو حمايته من التعرض للخبرة والتصادم، أو بأن نتولى نيابة عنه القيام بكل مسؤولياته، وحل مشكلاته مع أصحابه وزملائه، والاختيار له في ملبسه، وطعامه، وراحته، وأخذ القرارات له في كل أموره الشخصية. إن الأسلوب القائم على فكرة خلق مناخ خال تماما من التوتر، والمسؤولية، وخلق جو يعرف الطفل خلاله أن الأسرة والبالغين هم المسؤولون أساسا عن تقديم الحماية الكاملة، وليس الجهد الشخصي، والمثابرة، والمهارة التي يواجه بها الأمور يعتبر من وجهة النظر النفسية أسلوبا خاطئا. فمثل هذا الأسلوب لا يساعد

على تنمية القدرات النفسية، والانفعالية الملائمة لمواجهة الضغوط والتعامل بكفاءة مع خبرات الحياة. ولا يقل سوءا عن هذا أن نعرض الطفل لخبرات وصعوبات (بحكم أننا نريد صقله)، ونحن نعرف سلفا أن عمره ودرجة نضجه لا تسمحان له بالنجاح فيها. فالطفل يحتاج إلى التعرض للتحديات التي تفرضها ضغوط الحياة وأزماتها، ولكنه يحتاج منا في نفس الوقت إلى أن نساعده على اكتساب المهارات الضرورية، لمعالجة ما تثيره هذه الأزمات من توترات ومشكلات. ويعتبر التعرف على هذه المهارات وإتقانها أحد الإنجازات المهمة، التي تمنحها لنا الأساليب المعاصرة في العلاج السلوكي لمعالجة الاكتئاب وغيره من أنواع الاضطراب. أما ما هي هذه المهارات بالضبط، فهذا ما نترك تفصيله لكل فصل من الفصول التالية.

15 تدريب الثقة وتأكيد حرية التعبير عن المشاعر

من الجوانب الشخصية التي تبين ارتباطها بالنجاح أو الفشل في العلاقات الاجتماعية، ما يسمى بالتوكيدية Assertiveness أو تأكيد الذات، أو ما أطلقنا عليه في موقع آخر حرية التعبير عن المشاعر (إبراهيم 1995).

يشير مفهوم تأكيد الذات إلى خاصية تبين أنها تميز الأشخاص الناجحين، من وجهتي نظر الصحة النفسية والفاعلية في العلاقات الاجتماعية. كان أول من أشار إلى هذا المفهوم، وبلوره على نحو علمي، وكشف عن متضمناته الصحية، هو العالم الأمريكي «سالتر» Salter (1949)، الذي أشار إلى أن هذا المفهوم يمثل خاصية أو سمة شخصية عامة (مثلها مثل الانطواء أو الانبساط)، أي أنها تتوافر في البعض فيكون توكيديا في مختلف المواقف، وقد لا تتوافر في البعض الآخر، فيصبح سلبيا، وعاجزا عن تأكيد نفسه في المواقف الاجتماعية المختلفة. وجاء بعده «ولبي (Wolpe,1958)» و «لازاروس (Lazarus,1966)» اللذان أعادا صياغة هذه الخاصية، بحيث أصبحت تشير إلى قدرة يمكن

تطويرها وتدريبها، وتتمثل في التعبير عن النفس والدفاع عن الحقوق الشخصية عندما تخترق دون وجه حق. ومن ثم أشارا إلى أن بإمكان أي فرد أن يكون توكيديا في بعض المواقف، وسلبيا في مواقف أخرى. ومن ثم يكون هدف العلاج النفسي أن ندرب الفرد الذي يعاني من المرض النفسي أو العقلي، على أن يتطور بإمكانياته في التعبير عن التوكيدية والثقة بالنفس في المواقف التي كان يعجز فيها عن ذلك. ونظرا لما تمثله هذه الخاصية من أهمية في فهم الاضطراب النفسي، فقد تحولت الأذهان في الفترات الأخيرة إلى ابتكار كثير من البرامج لتدريب هذه القدرة. وبابتكار هذه البرامج أصبح بالإمكان التخفف من كثير من الأعراض المرضية، التي يلعب فيها القصور في المهارات الاجتماعية أحد العوامل الرئيسية، بما في ذلك القلق والاكتئاب. ويمثل برنامج تدريب المهارات الاجتماعية وتدريب القدرة التوكيدية والمستخدم في العيادة السلوكية بكلية الطب، جامعة الملك فيصل تحت إشراف المؤلف، أحد هذه البرامج التي أثبتت الخبرة فاعليتها في البيئة العربية. وقبل الدخول في تفاصيل هذا البرنامج، نشير فيما يلي إلى بعض الحقائق الخاصة بمفهوم التوكيدية، وكيفية قياسها.

التوكيدية في نقاط:

أصبح مفهوم التوكيدية من المفاهيم المستقرة، التي أثبتت فائدتها في العلاج النفسي والسلوكي، كما تنوع استخدامها بحيث أصبحت تشير إلى أكثر من معنى، أمكننا حصر بعضها على النحو التالي:

1 ـ الدفاع عن الحقوق الشخصية الفردية المشروعة سواء في الأسرة أو العمل، أو عند الاحتكاك بالآخرين من الغرباء أو الأقارب.

2 ـ التصرف وفق مقتضيات الموقف، ومتطلبات التفاعل بحيث يخرج الفرد في هذه المواقف منتصرا، وناجحا، ولكن دون إخلال بحقوق الآخرين.

3 ـ التعبير عن الانفعالات والمشاعر بحرية، أي الحرية الانفعالية.

4 ـ التصرف من منطلقات نقاط القوة في الشخصية، وليس نقاط الضعف، بحيث لا يكون الفرد ضحية لأخطاء الآخرين أو الظروف.

5 ـ التوكيدية تتضمن قدرا من الشجاعة وعدم الخوف من أن يعبر الفرد عن شعوره الحقيقي، بما في ذلك القدرة على رفض الطلبات غير

المعقولة، أو الضارة بسمعة الإنسان وصحته.

6 ـ التحرر من مشاعر الذنب غير المعقولة أو تأنيب النفس عند رفضنا لهذه المواقف أو استهجاننا للتصرفات المهينة.

7 ـ القدرة على اتخاذ قرارات مهمة، وحاسمة وبسرعة مناسبة، وبكفاءة عالية.

8 ـ القدرة على تكوين علاقات دافئة، والتعبير عن المشاعر الإيجابية (بما فيها المحبة، والود، والمدح، والإعجاب) خلال تعاملنا مع الآخرين، وفي الأوقات المناسبة.

9 ـ القدرة على الإيجابية والتعاون وتقديم العون.

10 ـ القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية، وما تفرضه علينا أحيانا من تصرفات لا تتلاءم مع قيمنا.

11 ـ المهارة في معالجة الصراعات الاجتماعية، وما يتطلبه ذلك من تقديم شكوى، أو الاستماع لشكوى، والتفاوض، والإقناع، والاستجابة للإقناع، والوصول إلى حل وسط... الخ.

باختصار، فإن التوكيدية تتضمن كثيرا من التلقائية، والحرية في التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية معا، وهي بعبارة أخرى تساعدنا على تحقيق أكبر قدر ممكن من الفاعلية والنجاح عندما ندخل في علاقات اجتماعية مع الآخرين. أو على أحسن تقدير، تساعدنا على ألا نكون ضحايا لمواقف خاطئة، من صنع الآخرين، ودوافعهم في مثل هذه المواقف.

سؤالنا الآن: ما الذي يجعل من خاصية تأكيد الذات جانبا من جوانب الصحة النفسية؟ ولماذا تمثل التوكيدية أحد الجوانب التي ينبغي على المكتئبين تدعيمها؟

من اليسير استنتاج إجابة هذا السؤال بإعادة النظر إلى ما ورد في السطور السابقة. فالتوكيدية تعني ـ من ضمن ما تعنيه ـ أن تكون لدينا القدرة على أن نفتح للآخرين أنفسنا ومشاعرنا، وهي بهذا المعنى تعني عدم الخوف من أن تطلع الآخرين على مشاعرك، بدلا من أن تخفيها بداخلك. ولهذا يسهل على التوكيدي أن ينمي علاقة سهلة ودائمة ودافئة بالآخرين، بسبب ما تخلقه من طمأنينة متبادلة، وتواصل، وعدم خوف من كشف الذات. ويمثل هذا النوع من العلاقات الإيجابية جانبا من الجوانب

المهمة في التغلب على الاكتئاب، فنحن نشعر بالاكتئاب عادة عندما نفشل في أن نجد علاقة أو أكثر فيها هذا الدفء.

وفي بيئاتنا العربية، يوجد أكثر من سبب يجعلنا نشجع على تنمية التوكيدية بصفتها طريقا للصحة النفسية. فتنميتها تساعد على تجنب كثير من جوانب الإحباط، والجوانب المنفردة التي ترتبط بطبيعة العلاقات الاجتماعية في بلادنا. وهنا قد أجد ضرورة إلى أن أشير إلى وجود نمط من الناس يخلقون نوعا من العلاقات التي يسميها علماء النفس: علاقات مسمومة toxicating relationships : هذا هو النوع المجادل، الذي يتبرع للمنافسة في كل كبيرة أو صغيرة، ويحاول جهده أن يسفه من رأيك، ويقلل من مجهوداتك، وبعبارة أخرى، يبني نجاحه على النقد والمنافسة، وهدم الآخرين أو الإقلال من شأنهم. هذا النوع من الأشخاص الذي يخلق جوا من العلاقات المسمومة قد يكون سائق تاكسي، أو زميلا في العمل، ربما حتى رئيسك، أو حتى من أقرب المقربين. وتبين دراسة الاكتئاب، أنه قد يكون في أحيان كثيرة نتيجة مباشرة لهذا النوع من العلاقات. ومن هنا تنبع أهمية تأكيد الذات. فمن الصعب أن تكون موضوعا للامتهان من سائق تاكسي، أو من رئيسك في العمل، أو من زملاء المهنة، أو غير هؤلاء من أشخاص أوقعتك الظروف معهم في علاقات مسمومة من هذا النوع، ما دمت مدربا على التعبير عن مشاعرك الإيجابية والسلبية، وأن تكون قادرا على إعلانها بصوت مسموع. مثال هذا:

حالة سيدة في الثلاثينيات من العمر متزوجة، ولها أربعة أطفال: ثلاث فتيات وابن رزقت به بعد طول انتظار، ومنذ شهور قليلة قبل حضورها للعيادة السلوكية. عندما قدمت إلينا، وكان زوجها معها، طلبت من زوجها، وبثورة واضحة أن تراني بمفردها. وما أن جلست تحكي مشكلتها حتى أجهشت ببكاء شديد. ولما تمالكت نفسها ذكرت أنها تعيش في أسرة الزوج، أي مع إخوته، وأمه في بيت واحد بحكم تقاليد المجتمع. وذكرت أنه لا يمر يوم دون الدخول في صراعات ومنافسات مع أمه وأخواته، وكل منهن تحاول أن تستميله إلى جانبها، وأنهن ينصحنه أمامها بأن يتزوج من امرأة أخرى تنجب له أطفالا ذكورا (في الفترة التي لم تكن فيها قد أنجبت ابنها الأخير). وذكرت أن «الأمور تسير على هذا المنوال» في هذه العلاقات منذ أن تزوجت،

وعندما سألتها كيف كانت تستجيب لذلك، أجابت بالغضب والثورة أحيانا، وأحيانا بالبكاء بمفردها، والشكوى من الوحدة والألم لكل من يسمع لها. كان من الواضح أنها طورت علاقة لم تكن قائمة على تأكيد الذات، فقد تراوحت استجاباتها بين الانفعال بالغضب والهياج، أو الاكتئاب والانزواء. وكل ما كانت تفعله في هذه المواقف هو الشكوى «من حال الدنيا، والتعاسة التي تعيشها» لكل من ينصت لها. أي أنها كانت تعزز بشكواها مزيدا من سوء الحال، ومزيدا من الاضطراب. وكان كل ذلك يساعد على استمرار الحلقة المسمومة من هذه العلاقات، التي تتدهور حتى في علاقتها بالزوج الذي كانت أيضا تثور عليه وتتهمه بالجبن والتواطؤ. ولما كان من الصعب عليها و على زوجها أن يعيشا مستقلين، بعيدا عن أسرته، فقد رسمت لهذه السيدة خطة علاجية لمساعدتها على التعبير عن احتياجاتها في ظل الظروف التي تعيش فيها، ووضعنا الاختيارات الممكنة، ثم أمكن تدريبها بعد ذلك، على التعبير عن الاحتياجات والحلول التي بلورتها بطريقة تأكيدية، وقد أخذ منها ذلك تقريبا سبع جلسات استطاعت بعدها أن تكون علاقة هادئة ومستقلة، بدلا من العلاقة المسمومة. سارت خطتها العلاجية وفق خطوات منها:

1 ـ التدريب على الاسترخاء كطريقة من طرق مقاومة القلق والضغوط.

2 ـ تجنب الانفعال عندما تواجه بالرفض، أو النقد.

3 ـ لا ترفضي ولا تؤيدي رأيهم فيك، لأن الرفض يدفعهم إلى تأكيد وجهات نظرهم، وانتقاء أنواع السلوك بشكل مبتسر لكي يبينوا أنهم على حق.

4 ـ بدلا من المواجهة بالرفض والانفعال، حاولي أن تنظري إلى الأمور من وجهة نظرهم، على أن تعيدي صياغتها لهم بشكل يضمن حصيلة من الكسب المتبادل، لك شخصيا، ولهم: أي يضمن ألا يظل المناخ من حولك عدائيا، وفي نفس الوقت ألا يشعروا بأنهم هزموا في صراعهم معك. فمن المؤكد ـ إلا إذا كان جميع أفراد هذه الأسرة يعانون من مرض عقلي ـ ستختلف الأمور، وسيختلف نمط العلاقات لو «أظهرت أنك تتفهمين سبب انشغالهم بموضوع الإنجاب (أو أي موضوع آخر يثير الاضطراب في العلاقة بأسرة الزوج)، وأنك ربما كنت ستشعرين نفس الشعور لو كان لك ابن أو أخ

في نفس الظروف. ولكن موضوع الإنجاب ليس بيدك الآن، وأن هناك محاولات منك للبحث عن علاج. وحتى لو فشل هذا العلاج، فإن العلاقة بزوجك ليست مجرد إنجاب، ولكن هناك دورا أو أدوارا أخرى يمكن أن تلعبيها بإيجابية في حياته وحياتهم، ولهذا الغرض فأنت تحتاجين إلى مساعدتهم لك، ودعمهم لك لتقومي بدورك بينهم على أحسن وجه».

كان هدفنا أن نبين لهذه السيدة أن العلاقات الدائمة، تحتاج إلى مهارة أكثر من مجرد الانفعالات وتبادل الاتهامات. وأن الحلول الإيجابية هي تلك التي تضمن محاولة لكسر الحلقة المفرغة الخبيثة، التي يمكن أن تسود مثل هذه العلاقات إذا ما سمحنا للانفعالات والغضب، أن يكونا هما الأسلوبين الوحيدين للعلاج. وفي نفس الوقت طلبنا منها أن تضع في خلال 15 دقيقة قائمة بما تحتاج إليه بالفعل في الظروف الحالية. وأن تضع خمسة حلول لمشكلتها الرئيسية على فرض أنها سمعتها من صديقة أخرى لها. وأن تبين ماهية الصعوبات التي قد تعيق تنفيذ هذه الحلول. وأن تحدد من بإمكانه في داخل الأسرة أن يساعدها دون خلق مشاكل إضافية. لقد استطاعت هذه السيدة فيما لا يزيد على شهرين من الجلسات الأسبوعية، أن تعيد إدراكها، وفهمها لأفراد الأسرة، ومشاعرهم. كما استطاعت أن توطد علاقة إيجابية بزوجها ووالدته، وفوجئت بالدعم والدفء الذي لقيته من أفراد الأسرة في هذا الاتجاه، ولما كانت تشعر بضرورة أن يكون لها بيت مستقل، فقد أثارت هذه الحاجة لدى زوجها، فتبين لها أنه كان يفكر في ذلك بالفعل، وأنه يعمل على ذلك، وأن أهله لا يمانعون من هذا، بل يشعرون بالطمأنينة إذا ما تم ذلك الآن، وفي ظل العلاقات الإيجابية الدافئة التي خلقتها في داخل الأسرة، ولم تعد الأم تخشى من أن يكون استقلال ابنها نوعا من الفقدان له.

ومن ناحية أخرى، عادة ما يحصل المدربون في هذه الخاصية على مكاسب وفوائد إيجابية أكثر ممن هم أقل توكيدية. أي أن التعبير الإيجابي عن النفس يعود علينا بإيجابية مماثلة، مما يساعد على خلق حلقة حميدة من العلاقات الاجتماعية (في الظروف العادية، وما لم يكن أحد الطرفين مصابا بمرض عقلي، فإن تفهم الآخرين، والتصرف بإيجابية معهم، سيدفع إلى نفس الاستجابة، مما سيزيد من فرص الاحتكاك والتفاعل الإيجابي

بين الطرفين).

ولأن التوكيديين يتكلمون أكثر، ويعبرون عن مشاعرهم في داخل الجماعة بحرية أكبر، فهم يعطون الآخرين فرصة أكثر للتعبير المماثل عن مشاعرهم. ومن ثم، فإن التعبير عن المشاعر بثقة يخلق جوا إيجابيا، سهلا، ويساعد على تنمية جو اجتماعي دافئ وبناء. كل ذلك يجعل من هذه الخاصية أحد المتطلبات الرئيسية للصحة بشكل عام ولمقاومة الاكتئاب بشكل خاص.

فإلى أي مدى أنت قادر على تأكيد الذات؟ وفي أي المواقف تظهر قدرتك على تأكيد الذات؟ وفي أي المواقف تجد صعوبة في تأكيد ثقتك بالنفس؟ وفي أي المواقف تجد صعوبة في التعبير عن نفسك؟ وكيف يمكنك تدريب هذه المهارة في شخصيتك؟ هذه هي الأسئلة التي سنجيب عنها في الجزء التالي.

مزاعم خاطئة عن التوكيدية

لاحظت خلال تعاملي مع مرضاي أن البعض منهم، خاصة في البدايات الأولى من التدريب على تأكيد الذات، قد يسلكون أو يتصرفون على نحو عدواني وصاخب مع الآخرين. بعبارة أخرى، قد يفسر البعض منا التوكيدية تفسيرا سلبيا خاطئا. ومن ثم تصبح التوكيدية بالنسبة لهذا البعض مرادفة للغضب، والصياح، والتسلط، ومواجهة الآخرين بعيوبهم، والإلحاح في الطلبات المعقولة أو غير المعقولة. بالطبع قد يتطلب التدريب على التوكيدية، في البدايات الأولى، ممارسة بعض هذه التصرفات بوعي وبدرجات محسوبة، لكن التوكيدية في معناها الصحي لا تتضمن هذا المعنى السلبي. ولهذا، فإن المريض يجب أن يفهم أن من متطلبات تدريب القدرة على تأكيد الذات أن نتجنب:

- نوبات الحنق وثورات الغضب، فأنت عندما تترك الغضب يملكك، تسمح لانفعال هدام منفرد كالقلق أو الغضب بأن يسيطر عليك، وأن يكون أسلوبك في مواجهة مختلف أنواع الضغوط.

ضع حدودا للغضب، فالغضب جنون مؤقت. فإذا كانت بعض تصرفات زملائك أو أطفالك أو أفراد أسرتك تثير غضبك الدائم، فمعنى ذلك أنك تسمح لهم باكتشاف إحدى نقاط الضعف، التي يمكن أن تستغل من قِبَلهم

حتى لو بحسن نية لإثارتك. ناهيك عن أن البعض من غير المقربين قد يتمنون إثارتك لإظهارك بصورة إنسان أحمق ومنفعل وطائش. صحيح أن الصحة النفسية قد تتطلب أحيانا التعبير عن انفعالاتنا بصدق بما في ذلك الغضب، لكن التعبير التوكيدي عن الغضب، يتطلب وعيك الواضح بنفسك وأنت في قمة الانفعال، كما يتطلب منك إدراكا جيدا للحدود التي يجب أن تكون قادرا عندها على إيقافه، كما يتطلب أن تكون على إلمام ببعض المهارات الاجتماعية - التي سنعرض بعضها فيما بعد - التي تمكنك من التعبير عن مشاعرك، دون أن تسمح لنفسك أن تكون تحت رحمة الانفعالات.

- من المهارة أن تتوقف عن الدخول في المنافسات والمواجهات الحمقاء، خاصة تلك التي تتضمن تعديا على أدوار الآخرين. مثال ذلك العلاقة بالرؤساء أو الأساتذة، أو المشرفين. لعلك تتذكر أن دورهم يتطلب إعطاء أوامر أو توجيهات. امنحهم السلطة التي يتطلبها أداؤهم للدور الممنوح لهم.

تذكر أيضا أنك تقوم بدور مماثل في مواقف أخرى، وأن القدرة على تأكيد الذات في مضمونها الصحي، هي أن تخرج أنت والأطراف الداخلة معك في مختلف العلاقات الاجتماعية بالظفر والكسب المتبادل ما أمكن.

- ومن الأخطاء أيضا أن نسرف في المجادلة، أو محاولة إظهار أننا على حق، أو أن نبين للآخر أنه غير منطقي، خاصة مع الذين لا يجدي معهم هذا الأسلوب، أو عندما تكون مخطئا. مثال ذلك، إذا استوقفك رجال الأمن أو الشرطة للتفتيش، أو إثر خطأ معين، أو شك في خطأ، فإنك بمحاولتك للجدل معهم وإظهارهم أنهم على خطأ، أو أنهم متحيزون لأنهم لم يوقفوا هذا أو ذاك مثلك، فإنك بهذا قد لا تعالج مشكلة - كما تتطلب التوكيدية - بل تخلق مشكلة إضافية، قد تكون أسوأ مما لو أنك قد سمحت للأمر بأن يسير على النحو الطبيعي، أو مما لو أنك اعترفت بالخطأ وأظهرت أنك لم تكن تعني ما حدث من أخطاء، وأنك ستراعي مستقبلا أن تتجنب ذلك.

- كما يجب أن تكون على قدر من المهارة وتأكيد الذات بحيث ترفض أن يجرك أحد إلى مجادلة أو مناقشة سخيفة، أو مملة. بين بوضوح - له أو لها - أنك لا تريد الدخول في مهاترات أو جدل، وأنك لن ترضى بأقل من مناقشة هادئة قائمة على الاحترام المتبادل.

ـ كذلك كن على وعي بالنصائح التي يتبرع لإعطائها لك المحيطون بك، بمن فيهم الأصدقاء وأفراد الأسرة المقربون (والحكمة تقول: اللهم احمني من أصدقائي، أما أعدائي فأنا كفيل بهم). فالغالبية العظمى من هذه النصائح تأتي من ظروف مختلفة، وتوضع من وجهة نظر مختلفة، وتعبر عن احتياجات خاصة لدى هؤلاء الآخرين. كما أنها تعكس في الغالب، دوافعهم الشخصية التي مهما بلغ نبلها، فإنها قد لا تعكس تماما فهمك الخاص للموقف الذي تتفاعل معه. ولا يتعارض مع رفضك لذلك. أن تحاول أن تستفيد من ملاحظات الآخرين، وخبراتهم في التعامل مع المواقف المماثلة. فملاحظتنا للآخرين؛ واستفادتنا من تجاربهم ـ في وضعها الأسلم ـ عادة ما يجب أن تكون على نحو قصدي، أي أننا نختار بدافع شخصي أو بتوجيه من المعالج (بهدف علاجي)، أنماطا من الأداء لسلوك فعال وناجح، ونحن عندما نوجه اهتمامنا للآخرين لا نوجهه لنصائحهم، بقدر ما نوجهه لأساليبهم السلوكية التي أنجحتهم في حل مشكلات مماثلة، أو معالجة ضغوط، أو أداء سلوك فعال، بما في ذلك تعبيراتهم البدنية واللفظية، ومهاراتهم الحركية واللغوية، وقدراتهم على مغالبة الانفعالات، وما يكون قد تطور لديهم من مهارات اجتماعية بديلة للتغلب على الانفعالات.

التعرف على مصادر الضعف والقوة في التعامل مع الآخرين

أصبح بالإمكان تقدير مستوى القدرة على تأكيد الذات، وتحديد مصادر الضعف في هذه الخاصية. في المواقف العلاجية عادة ما نجد سهولة واضحة في تكشف نقاط الضعف في هذه الخاصية. فمن ناحية نجد أن المريض نفسه على دراية واضحة بضعفه في جانب معين، وربما يكون دافعه الأساسي لطلب العلاج هو عجزه عن المطالبة بحقوقه، أو التعبير عن نفسه في المواقف التي تتطلب علاقة بالسلطة أو الجنس الآخر، أو عجزه عن الحديث في موقف يتطلب الكلام عن إمكانياته ونقاط القوة لديه، ويشعر بالأسى والأسف بعد ذلك لأنه ترك الفرصة تمر دون اقتناصها ...الخ. وقد عودتني خبرة التعامل مع المريض العربي، أن تكون المشكلات المرتبطة بالعجز عن توكيد الذات هي المشكلة الرئيسية، إذا جاء المريض يشكو بطريقة تفتقر للتحديد من ضعف الشخصية. فهنا عادة ما نحاول أن نبلور

شكواه، ونجعلها أكثر تحديدا من خلال طرح عدد من الأسئلة، عما يعنيه بالضبط (ضعف الشخصية، مثلا)، وبإعطاء أمثلة عن متى كانت آخر مرة أو آخر موقف شعر فيه بذلك؟ وأن يشرح لي موقفا أو مواقف أخرى انتابه خلالها نفس الإحساس بالضعف أو العجز عن التعبير عن نفسه؟ وماذا حدث في هذه المواقف بالضبط؟ وكيف استجاب؟ وهل دائما يحدث أو يستجيب بذلك؟ ومن كان حاضرا في ذلك الموقف أو المواقف؟

وفي العادة نتبين من هذه الأسئلة دون صعوبة كبيرة علامات الافتقار إلى التوكيدية، والمواقف النوعية التي تظهر فيها، فضلا عن الأخطاء التي يرتكبها المريض في مثل هذه المواقف، ومن هنا تبدأ الخطة العلاجية، بحسب الخطوات التي سيأتي ذكرها كلما تقدمنا في قراءتنا لهذا الفصل والفصل الذي يليه.

وقد نعجز أحيانا لأسباب مختلفة، خاصة في المواقف الحادة من الاكتئاب، أو عندما يكون الاكتئاب مصحوبا بدرجة عالية من القلق الاجتماعي تعيق الفرد عن التفاعل الجيد بالموقف العلاجي، قد نعجز عن التشخيص السريع لجوانب المشكلة. هنا نلجأ إلى استخدام مقاييس الشخصية المعدة لهذا الغرض. وهنا أيضا نجد لحسن الحظ أن هناك عددا من اختبارات الشخصية التي تساعد من ناحية، على تقدير مستوى الشخص من حيث القدرة على تأكيد الذات، كما تساعد من ناحية أخرى على تحديد المجالات النوعية المرتبطة بالعجز عن تأكيد الذات. ولهذه المقاييس ميزة إضافية أخرى، لأنها تساعد على العلاج الذاتي، في الظروف التي لا يتاح فيها له العثور على معالج سلوكي كفء يرسم له خططا علاجية موجهة لهذا الغرض.

ومن اختبارات الشخصية التي لقيت اهتماما على المستوى العربي، مقياس تأكيد الذات الذي سبق أن أشرنا إليه في ترجمة عربية مبكرة. ونظرا لأهمية هذا المقياس، ونظرا لارتباطه بموضوعنا الحالي، فإننا ننصح القارئ بالعودة إليه (في إبراهيم، 1995، بيانات الكتاب كاملة في قائمة المراجع العربية). أما الاستبيان المرفق (إطار شارح 1 ـ 15) فهو يمثل مقياسا آخر من المقاييس التي تبين خبرتنا في البيئة العربية فائدته الواضحة في تحديد، وتشخيص جوانب الضعف، في خاصية التوكيدية، وتأكيد المشاعر في مجموعة من المواقف التي اختيرت بعناية وفق إطار علاجي ـ عربي.

وتتبلور أهمية هذه الأداة التشخيصية في مدى ما تمنحنا من تقييم نوعي specific لأنواع القصور والعجز، في التعامل مع قطاع متباين من المواقف الاجتماعية المتباينة. وبعد حصر هذه الجوانب يمكن إخضاعها مباشرة للعلاج وفق عدد من الخطوات سنجملها في الجزء التالي:

تدريب التوكيدية لدى المكتئبين في خمس نقاط:

يتطلب تدريب التوكيدية عادة خمس خطوات على النحو التالي:

1 ـ تحديد مناطق الضعف والمواقف التي تشعر فيها بضعف القدرة على التعبير عن المشاعر، والافتقار للتوكيدية، وذلك من خلال الملاحظة الذاتية أو باستخدام مقاييس التوكيدية المقننة.

2 ـ ضع هذه المواقف ومناطق الضعف مرتبة على حسب أهميتها في قائمة شخصية للذات (سيأتي شرحها).

3 ـ مراقبة الذات في مختلف المواقف الاجتماعية التي تظهر فيها صعوبات التعبير أو السلوك التوكيدي، فضلا عن أنواع السلوك التوكيدي الجديدة التي تتطلب الممارسة.

4 ـ الممارسة التخيلية.

5 ـ الممارسة الفعلية.

وفيما يلي شرح لكل خطوة منها:

الخطوة الأولى:

تتضمن الخطوة الأولى من التدريب أن تجمع، وتحدد المواقف المختلفة التي تشعر فيها بصعوبة تأكيد الذات، ويكون ذلك بالإجابة على المقياس السابق.

الخطوة الثانية:

ضع أربعة أو خمسة من المواقف الدالة على ضعف التوكيدية لديك في قائمة مستقلة، أي المواقف التي تتوافر فيها المحكات الآتية:

1 ـ أن تكون المواقف التي اخترتها من المواقف التي تجد صعوبة في الوقت الحالي في التعامل معها بثقة وتوكيدية.

2 ـ أن الموقف يحدث بطريقة منتظمة، (على الأقل مرة كل شهر)، أي أنه من حيث الشيوع يمثل مشكلة لك.

3 ـ أن تصوغ الموقف بطريقة متوازنة، بحيث لا يكون عاما جدا. ومن الأمثلة على الصياغات الشديدة العمومية:

(عندي ضعف في الشخصية، أو إنني لا أحسن الحديث، أو إنني مندفع). كما ينبغي ألا تكون الصياغة شديدة النوعية والخصوصية (مثلا: في اجتماع سابق شعرت بأنني أهنت، ولم أستطع أن أنتقم لنفسي، أو أنني خسرت مبلغا من المال، أو تقطعت علاقتي مع أحد). فالصياغة العامة جدا تجعل من العسير عليك القيام بعملية تشخيص جيد للأشخاص، والمواقف التي يتعذر عليك خلالها أن تحقق قدرتك على تأكيد الذات. والصياغة الشديدة الخصوصية قد ترتبط بموقف يتعذر تكراره، ومن ثم فقد تستنفد جهدا لا ضرورة منه للتدريب على مواجهته، بينما قد لا يحدث مرة أخرى. ومن الصياغات الجيدة التي تحقق التوازن المطلوب الأمثلة التالية:

- أشعر بأنني أنفعل بشدة عندما أريد أن أعبر عن وجهة نظري في اجتماع عام.

- أجد نفسي أستأذن أكثر من اللازم لكي أقول رأيي في موضوع معروض للمناقشة، ومع أناس في مستواي أو أقل مني.

- أفراد أسرتي يشكون من أني لا أعطيهم وقتا كافيا.

- ألاحظ أنني لا أستطيع أن أعتذر عن ضيق وقتي، إذا اتصل بي تليفونيا أحد الزملاء «للدردشة».

- أجد صعوبة في بدء محادثة، أو في استمرارها خاصة مع الأشخاص في مواقع السلطة.

- زملائي يعتقدون أنني شديد الانفعال والغضب والاندفاع.

4 ـ أن يمثل الموقف أو المواقف التي اخترتها مشكلة فعلية تعاني منها، وتؤثر في الصحة النفسية، أو الجسمية، أو علاقاتك الأسرية والمهنية.

5 ـ أن تغطي المواقف التي اخترتها مجالات متنوعة كالمنزل والعمل والمدرسة.

الخطوة الثالثة:

ضع المواقف التي اخترتها في النموذج المرفق بعنوان المراقبة الذاتية

لتأكيد الذات (شكل ١ ـ ١٥). وراقب نفسك يوميا في كل موقف اخترته بالطريقة التالية:

- املأ صورة من النموذج يوميا.

- حدد باستخدام مقياس يتراوح من صفر إلى ١٠ وبالنسبة لكل موقف اخترته، حدد درجة شعورك بالراحة في التعبير التوكيدي عنه، كذلك على نفس المقياس حدد درجة ما اكتسبته من مهارة في التنفيذ الملائم للموقف في كل مرة حدث فيها. مع مراعاة أن الدرجة صفر تعني: أنني غير راض على الإطلاق على أدائي (يعني لم أكن مرتاحا ولم أقم بالتعبير التوكيدي المناسب)، بينما ١٠ تعني أنك راض تمام الرضا عن مهارتك في الأداء التوكيدي للسلوك الذي اخترته للتدريب. ولعملية المتابعة فوائد كثيرة من أهمها أنها ستمنحك صورة واقعية يومية عن مدى التحسن الذي تنجزه، ومن ثم ستتاح لك الفرصة لتكتشف الجوانب الخاصة من المواقف التي تشعر خلالها بالإعاقة عن التنفيذ الإيجابي للمهارة المكتسبة.

- احتفظ بالنماذج التي ملأتها في مكان أمين للعودة إليها بين الحين والآخر.

شكل ١ ـ ١٥

جامعة الملك فيصل

المستشفى التعليمي / العيادة السلوكية

نموذج تدريب القدرة على تأكيد الذات

نموذج ملاحظة الأداء التوكيدي

لكي تحقق أكبر فائدة في تدريب مهاراتك الاجتماعية، ضع في الخانة الأولى من النموذج المواقف التي تعتقد أنك تعاني فيها قصورا واضحا. استعن في ذلك بإجاباتك على مقياس تأكيد الذات. حدد يوميا (وبالنسبة لكل موقف) من شعورك بالرضا عن الأداء التوكيدي له في الخانة الثانية. وفي الخانة الثالثة قدر مدى التقدم في الأداء. استخدم مقياسا يتراوح من صفر إلى١٠، حيث صفر تعني أنك غير راض على الإطلاق، بينما ١٠ تعبر

الموقف	الشعور بالراحة	المهارة في تأكيد الذات
أمثلة : سأقوم باتصال لإلغاء موعد سبق أن وافقت عليه	صفر	صفر
سأتحدث إلى جيراني بشأن ما يسببه أطفالهم من إزعاج	٦	٣
سأناقش زميلي (م) بسبب ما يشيعه عني	٧	٨
سأشرح لأسرتي الظروف التي أعاقتني عن شراء الأشياء المطلوبة .	٥	٤
سجل في الجزء الباقي بنفس النظام السابق أنواع السلوك التي ترجو تنفيذها اليوم ، أو الأيام القليلة القادمة :		
١-		
٢-		
٣-		
٤-		
٥-		
٦-		
٧-		
٨-		
٩-		
١٠		

جامعة الملك فيصل

المستشفى التعليمي / العيادة السلوكية

نموذج تدريب القدرة على تأكيد الذات

نموذج ملاحظة الأداء التوكيدي

الموقف	الشعور بالراحة	المهارة في تأكيد الذات
أمثلة : سأقوم باتصال لإلغاء موعد سبق أن وافقت عليه	صفر	صفر
سأتحدث إلى جيراني بشأن ما يسببه أطفالهم من إزعاج	٦	٣
سأناقش زميلي (م) بسبب ما يشيعه عني	٧	٨
سأشرح لأسرتي الظروف التي أعاقتني عن شراء الأشياء المطلوبة .	٥	٤
سجل في الجزء الباقي بنفس النظام السابق أنواع السلوك التي ترجو تنفيذها اليوم ، أو الأيام القليلة القادمة :	x	x
١- رفض طلب الأهل للذهاب إلى السوق .	٧	٩
٢- طلب تغيير ورقة نقدية ريالية .	٨	١٠
٣- دخول محل زينة الهداية وفيه مجموعة من النساء .	٨	٧
٤- أن أطلب صيانة الجامعة لتشغيل الأنوار في غرفتي .	٧	٨
٥- مراجعة ورقة الاختبار مع أستاذ المادة .	٣	٨
*٦- رفض إعطاء الآلة الحاسبة لصديق يريدها للامتحان وأنا أحتاج إليها .	٦	صفر
٧- الذهاب إلى محل النظارات .	٨	٨
*٨- رفض الذهاب مع صديق إلى المطعم في الساعة ١٢ ليلا .	٥	صفر
٩- الاستفسار من أصحاب الأمن لكي يدلوني على محل الهداية .	٨	٩
*١٠- الاعتذار عن عدم الذهاب مع الأصدقاء إلى "دبي" .	٣	صفر
*١١- أن أصارح صديقا بسلوك خاطيء نحوي .	صفر	صفر

* صعوبات في معاملة الأصدقاء والزملاء .

عن رضاك التام. قد تحتاج إلى تصوير عدد كبير من هذا النموذج ليمكنك من المتابعة المستمرة للتحسن في تدريب قوتك والثقة بنفسك... وإلى الأمام.

الخطوة الرابعة:

تأتي بعد ذلك مرحلة الممارسة السلوكية للتوكيدية، وتكون في البداية على المستوى التخيلي. وعادة ما تتم الممارسة التخيلية للتوكيدية بعد مرور أسبوع من المراقبة الذاتية، وفق الإجراء التالي الذي من شأنه أن يمنحك أقصى درجة ممكنة من المرونة في ممارسة التوكيدية في أي موقع، وبأكبر قدر ترغب فيه.

تبدأ جلسات التخيل التوكيدي بتركيز الذهن على موقف أو موقفين على الأكثر، من المواقف الـ 10 من القائمة الشخصية كما أشرنا إليها في الخطوة الأولى. وليكن الموقفان اللذان تختارهما في البداية من المواقف السهلة التي لا يصعب عليك كثيرا مواجهتها توكيديا، ومن المواقف التي تتكرر كثيرا في حياتك، أو الوشيكة الوقوع.

ومن المفروض أن تستغرق الجلسات الأولى من جلسات التدريب ما يقرب من 15 دقيقة كل يوم، وأن يكون ذلك في مكان هادئ تستطيع فيه أن تركز جيدا، وألا تتعرض فيه لكثير من المشتتات. ولكن يمكنك أن تكون أكثر مرونة في الجلسات المتأخرة، بحيث تختار الوقت والمكان، والكيفية، التي ستمارس بها التدريبات المطلوبة.

ويتطلب التدريب على خلق صور ذهنية أن:

1 ـ تركز على الموقف الذي اخترته لتبدأ به الجلسة التدريبية، وأن تتخيل مثالا مجسما وعيانيا لهذا الموقف. أغلق عينيك، واجلس في استرخاء، ثم تخيل المشهد الذي يحدث فيه الاحتكاك الاجتماعي والتفاعل وكأنه صورة حية، بما في ذلك، أين حدث (أو أين سيحدث)، ومن هم الحاضرون فيه، ومتى حدث أو سيحدث، وأين موقعك في هذا الموقف: هل أنت جالس أم واقف وأين؟... الخ.

2 ـ كون صورة حية في مخيلتك للموقف، كما لو كانت صورة فوتوغرافية، تتحول تدريجيا لمشهد سينمائي يضع أمامك المشهد بكل الحاضرين فيه،

مواقعهم في المشهد، ما يقوله كل واحد منهم، وما يفعله، وسير الأحداث إلى اللحظة التي تتطلب منك أن تكون توكيديا.

3 ـ عندئذ تخيل، بنفس الوضوح، سلوكك الخاص في هذا المشهد، بما في ذلك ما ستقوله أو ما ستفعله بصورة جيدة ترضى عنها في الموقف، أي الصورة التوكيدية التي حددتها لنفسك، والتي يجب أن تخلو من العدوانية والسلبية، أي السلوك الذي سيرضيك، ويبعث في نفسك إحساسا بالسرور والرضا إذا استخدمته في معالجة هذا الموقف. ليس بالضرورة أن يكون التصرف التوكيدي المتخيل تصرفا خارقا، أو شديد الجاذبية أو لافتا للأنظار، إذ يكفي أن تكون أنت راضيا عنه فحسب.

4 ـ عد بعد ذلك لتخيل ما يحدث في المشهد نتيجة لتصرفك، ما الذي سيقوله الحاضرون أو ما الذي سيفعلونه؟ حاول أن تكون إيجابيا بأن تتخيل ردود فعل إيجابية من قبل الآخرين. والحقيقة أن التصرف التوكيدي عادة ما يؤدي إلى استجابات طيبة من الآخرين. هذا بالرغم من أن بعض الاستجابات التوكيدية لا تلقى قبولا مؤيدا من الآخرين، وفي هذه الحالة، تذكر أن هدفك ليس أن تحصل على التأييد الكامل بقدر ما تريد أن تعالج الموقف بأكبر قدر ممكن من الكفاءة، لا أن تتحكم في سلوك الآخرين، أو أن تتنبأ باستجاباتهم، أو أن تتلاعب بمشاعرهم.

5 ـ أعد بعد ذلك نفس المشهد من جديد، إلى أن تجد نفسك راضيا وخاليا من التوتر عند تصرفك التوكيدي في الموقف، بنفس السياق الآتي:

- صورة حية للمشهد، كما لو كان صورة فوتوغرافية تتحول إلى:
- مشهد سينمائي متحرك، يقود تدريجيا إلى:
- فعل أو قول توكيدي يرضيك، ويستثير:
- استجابة (عادة ما تكون إيجابية)، من قبل الحاضرين في الموقف.
- كرر هذا الإجراء بنفس السياق للتدريب التوكيدي على مواقف أخرى.

الخطوة الخامسة: الممارسة الفعلية والتقييم

وأخيرا يجيء دور الممارسة الفعلية للمهارة المكتسبة. وعادة ما يتم الانتقال إلى هذه المرحلة بعد أسبوع من الممارسة التخيلية. بالطبع لن تكون البداية بالقوة التي نتوقعها، وقد يكون أداؤنا لما اكتسبناه بطريق التخيل أخرق إلى

حد ما، وذلك بسبب كثير من العوامل الخارجية التي يصعب حسابها تماما في مواقف التخيل. ومع ذلك فمن المؤكد أن الاستمرار في الممارسة سيؤدي إلى التحسن المطلوب، وستحول التوكيدية تدريجيا إلى خاصية طبيعية غير مصطنعة كما كانت في بدايات التدريب. لاحظ على أي حال، أن تخطط مسبقا للموقف الذي ستتدرب عليه، ولهذا تجدني عادة أطلب من مرضاي ألا ينتظروا المواقف حتى تحدث أمامهم، فتصيبهم فجأة، ولكن أطلب منهم في هذه المرحلة التي أميل إلى تسميتها بمرحلة المجازفة المحسوبة، أن يختلقوا بعض المواقف الاجتماعية البسيطة، وأن يتصرفوا حيالها بحسب الخطة التوكيدية المرسومة سابقا بطريق التخيل.

ومن الأمثلة على ذلك:

1 ـ أن يشتري شيئا، ثم يرجع بعد ساعة لإعادته لأنه غير رأيه.

2 ـ أن يسأل في الفصل ما يعادل 10 أسئلة أسبوعيا.

3 ـ أن يقترض شيئا من زميل أو صديق.

4 ـ أن يعطي موعدا ثم يعتذر عن تنفيذه فيما بعد.

5 ـ أن يتعمد إيقاف الناس لسؤالهم عن مكان معين.

6 ـ أن يعبر عن إعجابه بشيء خاص بصديق أو زميل أو أحد أفراد الأسرة عددا من المرات يتفق عليه مسبقا... الخ.

وفي هذه المرحلة عادة ما نوجه الشخص إلى أن يتعمد حدوث المواقف التي تتسم بالسهولة، والتي نتوقع نجاحه فيها، وذلك لتدعيم النشاط الجديد، ولأن النجاح يشجع على نجاح أكثر. كذلك نطلب منه أن يختار الأشخاص الذين يتوسم فيهم التقبل، والتعاون، والتشجيع. أما التعامل مع المواقف الاجتماعية التي تشتمل على أشخاص ميالين للنقد والعدوانية، فهذه تظل لتدريبات مستقلة متأخرة نسبيا. فضلا عن هذا، سيظل هناك تداخل دائم بين الممارسة التخيلية والممارسة الفعلية. ففي كل الأحوال تحتاج للممارسة التخيلية بما فيها لعب الأدوار مسبقا للموقف مرات ومرات، حتى يجيء أداؤك متقنا خاليا من التصنع، ولا ينتهي بالإحراج لك أو لمن حولك (بالرغم من أنه لا مفر من ذلك في البدايات الأولى من جلسات المجازفات المحسوبة).

وبعد مرور أسبوعين من الممارسة الفعلية للتوكيدية في الحياة الواقعية، يتطلب منك الأمر أن تقوم بعملية تقييم للأداء، ويتم ذلك بأن تعود للاستمارة

الأولى الخاصة بمراقبة الذات، لكي تحدد عليها من جديد مدى التقدم ومدى شعورك بالراحة بالنسبة لمواقف الممارسة التي اخترتها. فإذا شعرت بالرضا عن الأداء التخيلي، والفعلي، فمعنى ذلك أنك تسير في طريق النجاح، وما عليك إلا أن تستمر بنفس المنطلق والتدريب على بقية المواقف التي وضعتها على القائمة. ومن المفضل أن تبدأ أيضا بموقف أو موقفين تمارس أداءهما التوكيدي بالتخيل ثم في الواقع، ولمدة (10 ـ 15) دقيقة يوميا، وبانتظام. ولكنك قد ترغب في أن تمدد الوقت أكثر فأكثر خاصة إن كنت تعاني من العجز عن توكيد الذات بشكل مزمن. كما ينبغي أن تتقدم تدريجيا إلى اختلاق مواقف أكثر مجازفة، بأن تعرض نفسك لمواقف اجتماعية طبيعية، غير محسوبة (مثل التطوع لإلقاء محاضرة عامة، أو اتخاذ المبادرة في عمل حفل تتولى أنت تنظيمه، أو تناول الطعام في مطعم عام، ثم تطلب استبدال ما طلبت...الخ).

وفي كل الأحوال عليك أن تكون مستعدا أحيانا للفشل، فليس من المطلوب دائما أن تفوز في كل المواقف، كما لا ينبغي أن تتوقع دائما الحصول على الدرجة النهائية أو الفوز المطلق في كل موقف تختاره. وإذا لم تجد نفسك متقدما في أدائك التوكيدي بالرغم من اتباعك لكل الخطوات السابقة، فلا بأس، إذ من حقك أن تكون توكيديا أو لا تكون، كما أن هذا الأسلوب قد لا يصلح لك، وأنك قد تستجيب لأساليب أخرى من أساليب تدريب المهارات الاجتماعية التي سيأتي ذكرها في الفصل القادم.

ستلاحظ أنه لا توجد بين العبارات عبارات صحيحة أو خاطئة، لأن الهدف من هذا المقياس ليس قياس ذكائك أو إمكانياتك على التصرف المثالي. إنه محاولة للإعانة على تكشف الاحتياجات الخاصة بكل شخص في مختلف المواقف الاجتماعية. بعض الأشخاص قد لا يجد مشكلة مثلا من الشكوى من خدمة سيئة في مكان حكومي أو عام، أو الشكوى من صديق، أو الزوجة (أو الزوج)، لكنه يجد مشكلة حقيقية في تأكيد ذاته في المواقف الشخصية الحميمة كالاحتجاج على الوالدين، أو أخطاء شخص في موقع سلطة... الخ. وهذا المقياس يهدف إلى التحديد النوعي لهذه المجالات. ومن المطلوب منك أن تحاول أن تجيب على عباراته بالطريقة الموضحة أعلاه، ثم ناقش بينك وبين نفسك كل سؤال بالتفصيل، محاولا أن

تحدد مواطن الضعف في التعبير عن مشاعرك في جوانب الحياة الاجتماعية المختلفة.

إطار شارح ا ـ 15

استبيان للكشف عن مواطن الضعف
والعجز عن تأكيد الذات

يتكون هذا المقياس من عدد من الفقرات، المطلوب الإجابة عن كل منها بطريقتين، تكشف الأولى منهما عن مدى شيوع الاستجابة التوكيدية في حياتك، وتكشف الثانية عن التعبير عن مدى شعورك بالراحة أو عدم الراحة إزاء ما تمثله هذه الفقرة من سلوك، بالشكل الآتي:

تقديرك لشيوع السلوك الذي تمثله الفقرة (أو البند):

حدد مدى شيوع السلوك الذي تمثله الفقرة بوضع أحد الأرقام الثلاثة التالية في العمود «أ»:

ا ـ ... لا يحدث ذلك إلا نادرا، وإذا حدث فلم يحدث خلال الشهر الأخير.

2 ـ ... حدث هذا مرات قليلة (من ا إلى 6 مرات) في الشهر الماضي.

3 ـ ... حدث ذلك دائما (من 7 مرات فأكثر) خلال الشهر الماضي.

تقديرك لمدى إحساسك بالتقبل والراحة لهذا السلوك أو عدم التقبل له:

حدد مدى ما تشعر به إزاء ذلك السلوك من راحة أو عدم راحة بوضع أحد الأرقام الثلاثة التالية في العمود «ب»:

ا ـ ... شعرت بعدم الراحة تماما وبالانزعاج عندما حدث ذلك.

2 ـ ... شعرت بعدم الراحة إلى حد ما أو بالضيق عندما حدث ذلك.

3 ـ ... كان شعوري محايدا عندما حدث ذلك (أي لم أكن منزعجا ولا مرتاحا).

4 ـ ... شعرت بقليل من الارتياح، أو انتابتني مشاعر طيبة إلى حد ما عندما حدث ذلك.

5 ـ ... شعرت براحة عميقة جدا عندما حدث ذلك.

(إذا لم يحدث هذا السلوك بالمرة خلال الشهر الأخير، فيمكنك الإجابة

(تابع) استبيان للكشف عن مواطن تأكيد الذات

عنه بحسب تقدير[illegible] فعلا. وإذا كان السلوك أو الموقف الذي تمثله العبارة قد حدث أكثر من مرة، فحاول أن تقدر شعورك نحو هذه المواقف على وجه العموم وليس على كل مرة بمفردها.

رقم		أ	ب
١-	أن أرفض طلبا لشخص أراد أن يقترض نقودا مني		
٢-	أن أطلب خدمة أو معروفا من شخص		
٣-	مقاومة إلحاح من بائع أو مندوب شركة		
٤-	الاعتراف بالخوف		
٥-	أن أعبر لشخص تربطني به علاقة حميمة عن ضيقي بسبب شيء فعله أو قاله		
٦-	أن أعترف بجهلي وعدم معرفتي بموضوع يناقش		
٧-	أن أرفض طلبا لصديق يريد أن يستعير سيارتي		
٨-	مقاطعة صديق كثير الكلام		
٩-	أن أطلب نقدا بناء		
١٠-	أن أستوضح عن نقطة معينة غامضة في شيء قيل		
١١-	أن أستوضح عما إذا كنت قد جرحت أو أحرجت مشاعر الآخرين ...		
١٢-	أن أعبر لشخص من نفس جنسي عن إعجابي به (أو بها)		
١٣-	أن أعبر لشخص من الجنس الآخر عن حبي له (أو لها)		
١٤-	أن أطالب بخدمة إضافية كان يجب أن تقدم (في مطعم ، مثلا)		
١٥-	أن أتناقش مع شخص آخر بصراحة عن نقد يوجهه (أو توجهه) لسلوكي		
١٦-	أن أعيد أشياء اشتريتها نتيجة لعيب فيها (لمحل أو مطعم)		
١٧-	أن أعبر عن رأي يختلف عن رأي شخص أتحدث إليها		
١٨-	أن أرفض علاقة أو رغبة في التقرب مني يبديها طرف آخر نحوي		
١٩-	أن أعبر لشخص عن مدى إجحافه وظلمه بسبب تصرف خاطيء منه (أو منها)		

(تابع) استبيان للكشف عن مواطن تأكيد الذات

رقم		أ	ب
٢٠-	أن أرفض دعوة لحفل أو (عزومة) من شخص لا أحمل له مشاعر إيجابية .		
٢١-	أن أقاوم إلحاح شخص أو جماعة لتناول مشروبات أو خمور		
٢٢-	أن أرفض القيام بعمل غير مرغوب ، وغير عادل يطلبه مني شخص مهم		
٢٣-	أن أطالب بإرجاع شيء أو أشياء تم اقتراضها أو استعارتها من قبل		
٢٤-	أن أعبر لصديق أو زميل عن عدم ارتياحي عندما يقول أو يفعل شيئا يضايقني		
٢٥-	أن أطلب من شخص التوقف عن شيء يضايقني في مكان عام (كالتدخين)		
٢٦-	توجيه نقد لصديق		
٢٧-	توجيه نقد لزوجتي (أو زوجي)		
٢٨-	أن أطلب مساعدة أو نصيحة من شخص معين		
٢٩-	أن أعبر عن حبي لشخص معين		
٣٠-	أن أطلب استعارة أو اقتراض شيء أحتاج إليه		
٣١-	أن أعبر عن رأيي في مناقشة عامة لموضوع مهم		
٣٢-	أن أصر على موقفي في موضوع مهم		
٣٣-	أن أدعم وجهة نظر صديق يتناقش مع صديق آخر		
٣٤-	أن أعبر عن رأيي لشخص لا أعرفه معرفة جيدة		
٣٥-	أن أقاطع شخصا ، وأطلب منه إعادة وجهة نظر لم أسمعها جيدا		
٣٦-	أن أعارض شخصا حتى لو كنت أعرف أن ذلك سيضايقه (أو يضايقها)		
٣٧-	أن أعبر لشخص عن خيبة أملي فيه ، أو أنه خذلني		
٣٨-	أن أطلب من شخص أن يتركني بمفردي		
٣٩-	أن أعبر لصديق أو زميل عن إعجابي بشيء جيد قاله أو فعله		
٤٠-	أن أعبر لشخص عن تأييدي لوجهة نظر جيدة قالها في اجتماع عام		
٤١-	أن أعبر لشخص عن مدى سروري بحديثي أو لقائي معه		

(تابع) استبيان للكشف عن مواطن عن تأكيد الذات

رقم		أ	ب
٤٢-	أن أمتدح عملا مبدعا أو ماهرا		
٤٣-	أن أرفــض إلحــاحا لتنــاول أطعمة أو مشروبات لا تناسبني (صحيا ، مثلا)		
٤٤-	أن أطلب من معــارفي أو جيرتــي أو أقــاربي الحــد من عــمل أشياء تسبب لي الإزعاج أو لأسرتي (إثارة ضوضاء مثلا)		
٤٥-	أن أطلب من شخص أن يقلل من ألحاحاته المستمرة		
٤٦-	أن أطلب أن تكون الزيارات لي بموعد أو باتصال سابق		
٤٧-	أن أعبر أمام رئيسي في العمل عن عمل إيجابي		
٤٨-	عبر عن شكواي من تصرف مجحف أو غير عادل		

16 الفاعلية في العلاقات الاجتماعية وتدريب المهارات في معالجة الصراعات

والآن، بعد أن عرفنا معنى تأكيد الذات، والمجالات المختلفة التي نشعر فيها بالافتقار إلى ذلك، وبعد الخطة التي أوضحنا معالمها، فقد يظل البعض عاجزا عن التقدم واكتساب المهارات الاجتماعية الضرورية، لممارسة علاقات اجتماعية فعالة. ولهذا الفشل أسباب كثيرة بعضها شخصي، وبعضها اجتماعي. فمن الناحية الشخصية، قد يجد الفرد نفسه عاجزا عن الأداء التوكيدي بسبب وجود تاريخ طويل ومزمن من القلق الاجتماعي والاكتئاب. ومن الناحية الاجتماعية، قد تكون الأساليب التوكيدية غير مرغوب فيها اجتماعيا في بعض المجتمعات، أو مع بعض الأشخاص في مواقع السلطة. في مثل هذه الأحوال توجد فنيات أخرى متنوعة، تجنب الفرد استمرار المعاناة التي قد يسببها الفشل في تنمية التوكيدية بالصورة التي

شرحناها. وهذا الفصل يركز على بعض الفنيات والأساليب التي أثبتت البحوث والخبرة فاعليتها إلى حد بعيد.

ومن أوجه القصور في السلوك الاجتماعي عند الذين يعانون من الاضطراب النفسي في حالات الاكتئاب: العجز الواضح عن التعامل مع المشاعر الخاصة والشخصية، في المواقف الاجتماعية، والطريقة غير الملائمة في التعبير عن تلك المشاعر. فإذا ما حاولنا أن نتذكر كيف كنا نتعامل مع مشاعرنا في المواقف الاجتماعية، التي تواجهنا ونحن في بعض حالات اكتئابنا، لكان من السهل علينا أن نحدد وجهين رئيسيين من أوجه القصور في التعبير عن المشاعر، هما إما:

1 ـ العجز والصمت عندما يتطلب الأمر التعبير عن مشاعرنا الحقيقية إيجابية (كالتعبير عن الرضا والشكر)، أو سلبية (كالتعبير عن الاحتجاج أو الرفض).

2 ـ التعبير الأخرق غير الملائم عن مشاعرنا الحقيقية، فقد نغضب في الوقت الذي يتطلب الأمر فيه قدرة عالية على ضبط النفس، أو نقبل دون أي احتجاج عندما نجد خرقا لحقوقنا الإنسانية الطبيعية. واللغة البدنية غير الملائمة للتعبير تشكل أيضا أحد جوانب التعبير غير الملائم عن المشاعر والانفعالات. لهذا يتطلب العلاج الاجتماعي تخصيص جانب رئيسي من جوانب التدريب على المهارات الاجتماعية، في معالجة مشكلات التعبير عن المشاعر والانفعالات.

ومن أهم الأساليب وأكثرها فعالية في هذا الصدد أن نشجع المريض، ونعوده على التعبير المتعمد عن انفعالاته بطريقة تلقائية. ويطلق على هذا الأسلوب اسم «تنطيق المشاعر» feelings talk، أي تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية. وبالطبع يجب أن يشمل ذلك: التعبير عن المشاعر التي تتعارض مع الاكتئاب، سواء كانت تتعلق بإبداء:

- الحب، أو الرغبة، باستخدام عبارات مثل: إنني أحب هذا الشيء، لقد سعدت بهذه اللحظة معك.

- أو عدم الرغبة، والاحتجاج، باستخدام عبارات مثل: إنني أرفض هذا الأسلوب من التعامل، لم يكن هذا توقعي منك.

- وامتداح الآخر، مثلا: إن الكلمة التي قلتها كانت ذكية بحق، أعجبتني صراحتك، ما قمت به فاق كل توقعاتي، أو

- التصميم: سأظل هكذا مستمرا إلى أن أكسب في النهاية، لابد أن أوصل رأيي بالطريقة المفروضة، وأترك الحكم للآخرين بعد ذلك.

- أو التشكك: هل تعتقد أنني أصدق ما تقوله؟! كيف أتأكد أنك ستفعل ما اتفقنا عليه؟!

- أو التعبير عن العرفان بالجميل، باستخدام عبارات مثل: أشكر لك دعمك ومساندتك، أشكر لك اهتمامك بحق)... الخ (انظر إبراهيم، 1995).

بعبارة أخرى، فإن تنطيق المشاعر والحديث عنها بصوت عال يجب أن يشمل كل التنويعات الانفعالية المختلفة. والقاعدة الذهبية في ذلك هي الصدق وأمانة التعبير عن الشعور السائد لدى الشخص. وعادة ما ننصح مرضانا ممن يشكون من اضطرابات السلوك الاجتماعي، أن يمارس الواحد منهم عمدا أسلوب التعبير عن المشاعر عددا يتراوح من 5 ـ 15 مرة يوميا، حتى يتحول إلى عادة شخصية، تسهم بعد إتقانها في تخليص الشخص من القلق الاجتماعي، واكتساب مهارة التفاعل الإيجابي مع الآخرين. وفي بدايات التدريب، نفضل أن يبدأ الشخص أو الأشخاص الذين يعانون من تاريخ طويل ومزمن من القصور في المهارات الاجتماعية، أن يبدأ الواحد منهم بالتعبير عن المشاعر الإيجابية، قبل أن ينتقل الفرد إلى التعبير عن المشاعر السلبية، بما فيها الغضب، أو النقد، أو التشكك، أو إعطاء أوامر.

ومن الأساليب الملائمة أيضا، التعبير عن الموافقة عندما تمتدح، لا تتحرج عندما يمتدح بعض الأشخاص آراءك أو زيك أو شخصيتك، بل على العكس أظهر موافقتك على ذلك. وبذلك ستدعم لديهم البحث عن الإيجابيات فيك. وبالتالي ستتلقى عائدا إيجابيا من المجتمع أنك تحول كل من حولك إلى مجتمع علاجي لك، يدعم عاداتك الصحية الجديدة، ويدعم الاستجابات الفعالة التي لا تزال في بداياتها. ولتدريب القدرة على تأكيد الذات والحرية الانفعالية، من الضروري أن تكون الاستجابات البدنية ملائمة (انظر إطار شارح 1 ـ 16). ويوجه المعالجون النفسيون في الوقت الراهن جزءا من اهتماماتهم إلى تدريب التعبيرات الوجهية، وأساليب الحركة والكلام والمشي بوصفه جانبا من العلاج النفسي، خاصة في حالات الاكتئاب

والقلق الاجتماعي. ومن المهم على أي حال التنبه إلى عدد من هذه الاستجابات مثل: نبرة الصوت، إذ يجب على الصوت أن يكون، واثقا، وملائما للموقف، كذلك التقاء العيون ودرجة احتكاكها بالشخص أو الأشخاص الذين نتحدث معهم، كذلك تشكيل الجسم وحركاته. كذلك وجدنا أن استخدام عدد كبير من الإشارات باليد والذراع، تساعد الشخص على التحرر من قيود التعبير. ومن المهم أن تكون تعبيرات الوجه ملائمة للمشاعر ولمحتوى الكلام. لا تبتسم وأنت توجه نقدا لشخص ما، أو وأنت تريد أن تعبر عن الغضب. كذلك لا تصلب وجهك، ولا تجعل له تعبيرات العداوة، وأنت تحاول أن تعبر عن حبك وإعزازك لشخص معين. اكشف باختصار مشاعرك الداخلية مع إزالة القناع الظاهري. اجعلهما متطابقين.

وينبهنا «جولدستين» وزملاؤه (Goldstein, Gershaw, & Sprafkin,1993) من الولايات المتحدة، إلى أن تدريب المهارات الاجتماعية يتطلب ضرورة فهم مشاعر الآخرين، والقدرة على التنبؤ باستجاباتهم أيضا. فتدريب مهارة التعامل مع المشاعر، تتطلب أن تصقل قدرتك على فهم مشاعر الآخرين وطبيعة الموقف الذي تتعامل معه، ومن ثم نحتاج لصقل هذه القدرة إلى أن:

(1) تلاحظ الشخص الذي يتفاعل معك من حيث محتوى ما يقوله، وأفعاله، ويشمل ذلك أن تتنبه إلى نبرته الصوتية، وإيماءاته، وإشاراته، وتعبيراته. ومن المؤكد أن انتباهك للشخص أو الأشخاص الداخلين معك في عملية التفاعل سيمكنك من اختيار التوقيت الملائم، الذي تبدأ فيها حوارا أو أن تنتقل إلى مستوى أعمق من الحوار، أو متى يجب أن تنهي الحوار وعملية التفاعل.

(2) فكر فيما قد يشعر به الشخص الآخر أو الأشخاص الآخرون، ويتطلب ذلك التدرب على ما يسمى بالمشاركة الوجدانية والتعاطف empathy. ونقصد من ذلك أن تكون حساسا ومتفهما لمشكلات واحتياجات الآخرين الذين يتفاعلون أو يعيشون معك. بعبارة أخرى، أن تكون قادرا على رؤية الأمور من وجهة نظر الشخص الآخر. ومن شأن ذلك أن يعمق علاقاتك بالآخرين، وأن يساعدك على التقليل من توقعاتك منهم وإلحاحاتك عليهم إذا ما تفهمت ظروفهم تفهما جيدا، مما سيساعد على تجنب الإحباطات التي قد يواجهها البعض منا إذا ما بني توقعات أكثر مما يجب عن الآخرين.

إطار شارح ١ – ١٦

أساليب بدنية ولفظية مرتبطة بالمهارة الاجتماعية

الأسلوب	الطريقة الملائمة	الطريقة غير الملائمة	الطريقة العدائية
التواصل البصري	التواصل البصري بالشخص أثناء الحديث معه أو إليه	انكسار العين ، وعدم التقائها بعين الشخص أثناء الحديث	الحملقة المقصودة في الشخص أثناء الحديث
التعبيرات الوجهية	أن تكون ملائمة للموضوع أو الرسالة التي تنقلها	خالية من المعنى أو خانعة	تعبيرات عدائية بغض النظر عن موضوع الرسالة
الإيماءات	معتدلة ، وملائمة للرسالة	منعدمة ، متصلبة ، وغير ملائمة للرسالة	مفرطة ، ومسرفة في الحماسة
المسافة والوضع البدني	الجسم منتصب ، وعلى مسافة ملائمة ، مع انحناء بسيط في اتجاه الآخر	وضع منحن منكسر ، وعلى مسافة بعيدة	الجسم منتصب ، وعلى مسافة قريبة جدا أو بعيدة من الشخص ، مع انحناء مبالغ فيه نحو الشخص
الصوت	واثق ، وبارتفاع ملائم ، نبرات واضحة وملائمة	منكسر ، هامس ، رتيب	شديد وعال ، وبنبرات واضحة ولكن متسلطة

عن : Spiegler & Gueveremont, 1993, p. 270

ويعبر إعدادنا لمواجهة المواقف الانفعالية المشحونة بالضغوط عن إحدى الطرق الرئيسية في تدريب هذه القدرة. ويتضمن ذلك أن تتخيل ما ستكون عليه مشاعرك في هذا الموقف، وما سيشعر به الآخر أو الآخرون، والاحتمالات المختلفة التي يمكن أن تسير إليها المناقشة، والتصرف الملائم منك إزاء كل احتمال من الاحتمالات (يمكن هنا أن تستفيد بالمراحل التي وضعناها والخطوات التي شرحناها عن تدريب التوكيدية، في الفصل الخامس عشر).

معالجة جوانب التوتر في العلاقات الاجتماعية

تتنوع المواقف الاجتماعية التي نضطر للدخول فيها ومواجهتها، فهي تشمل أشخاصا يحتلون بالنسبة لنا أهمية خاصة كأفراد الأسرة، أو الرؤساء. ولا يتسم جميع الأفراد الذين ندخل معهم في علاقات تفاعلية بنفس

الخصائص فبعضهم قد يكون متهجما، يكثر من النقد والمقاطعة، وإثارة الصراعات، وبعضهم قد يتسم بخصائص طيبة تجعلنا نحرص على علاقتنا به، وتنقيتها من الشوائب، خاصة إن ارتكبنا خطأ تجاههم في موقف انفعالي أفلت منا زمامه بصورة مقصودة أو غير مقصودة. وفي كل هذه المواقف نحتاج إلى أن نكون مدربين تدريبا جيدا، للتخلص من أنواع التوتر، أو الإحباط التي تتسبب عن دخولنا في علاقات اجتماعية ومواقف مشحونة. ولكل من هذه المواقف أساليب يحسن علينا التدرب عليها لمواجهتها بأكبر قدر من الفاعلية. ويوصي «سميث» (Smith1975)، باستخدام خمسة أساليب على الأقل تتلاءم مع كل موقف من المواقف الاجتماعية التي تعرضنا للتوتر، والاستثارة.

فهناك فيما يرى «سميث» الأسلوب المعروف باسم التأكيد السلبي negative assertion، وهو ما ننصح باستخدامه عندما ترى أنك بالفعل قد قمت بخطأ ما يستحق اللوم والنقد من زميل أو رئيس أو قريب. عندها استخدم أسلوب التأكيد السلبي الذي يتضمن أن تعترف بوضوح أنك أخطأت، لكن على أن تبين بوضوح أيضا أن خطأك لا يعني أنك سيئ، وأنك فعلت ذلك بحسن نية، ولم تقصد منه ضررا ما، مثلا:

- نعم للأسف فعلت ذلك الخطأ على غير عادتي ولكن لم يكن هذا مقصودا أو بنية سيئة أو مستنكرا.
- أه... الذي فعلته؟!! إنني عادة لا أفعل هذا.

وتحتاج أحيانا إلى أن تتعامل مع أشخاص يواجهونك بانفعال أو غضب، ونوصي هنا باستخدام الأسلوب الذي نبه إليه «سميث»، وأطلق عليه بالإنجليزية disarming anger، أي تجريد غضب الآخرين وانفعالهم من قوته. ويتضمن هذا الأسلوب أن تتجاهل الحديث (أو الرسالة) التي تأتيك من شخص آخر بشكل انفعالي غاضب أو ثائر، بأن تجعل تركيزك لا على موضوع الحديث، أو محتوى الرسالة الغاضبة، ولكن على الطريقة التي يعبر بها الشخص عن ذلك، وعلى حقيقة أن الشخص هنا غاضب، وأنك لذلك غير مستعد للدخول معه في مناقشة ما لم يهدأ الآن، أو فيما بعد. قل ذلك بهدوء وبإصرار وبصوت معتدل النبرات متوسط الشدة، إن من شأن هذا الأسلوب أن يجنبك الدخول في معركة لم تبدأها، وغير مستعد

لخوضها.

وهناك أيضا طريقة التعمية والإرباك fogging، ويوصى باستخدامها مع الأشخاص الذين يتطوعون للمجادلة والمعارضة دون مناسبة. ومثل هؤلاء قد ينتقدون أشياء هي خاصة بك أنت شخصيا، ومن شأنك أنت. ويتطلب هذا الأسلوب أن تقول له إنك على حق فيما تقول، ولكن بطريقة توضح له أن موافقتك لا تعني موافقة حقيقية على محتوى ما يقوله، بقدر ما تعني أنك غير مستعد لتبادل الحوار أو الحكم على موضوع هو من شأنك أنت فحسب.

ويستخدم هذا الأسلوب للإعانة على التحمل الهادئ للنقد الخارجي، أو التهجم عليك ودون أن تتحول إلى القلق أو الانسحاب أو العدوان. وبالتالي لا تدعم للناقد سلوكا قد يستخدمه كلما أراد إثارتك انفعاليا.

وهناك أيضا أسلوب الأسطوانة المشروخة broken record، ففي الحالات التي يكثر فيها شخص ما من مقاطعتك أثناء حديثك، أو أن يعترض على ما تقول، قبل أن تنهي كلامك أو توضح فكرتك، انتظر إلى أن ينتهي الشخص الذي يقاطعك من الحديث.

وعندئذ تجاهل تماما ما قاله واستأنف الكلام والتوضيح في فكرتك الأصلية باستخدام عبارات مثل: «هذا صحيح... ولكن الموضوع الذي أريد مناقشته هو...» أو «إن القضية الرئيسية هي...».

وبهذا الأسلوب تتمكن من الإحساس الهادئ عند مواجهة المناقشات غير الملائمة، كما يجنبك من الدخول في «متاهات» جانبية تبعدك عن الموضوع الأصلي الذي تريد إبرازه، فضلا عن ضبط النفس والتحكم في الانفعال.

وأخيرا هناك أسلوب التساؤل السلبي negative inquiry، الذي يوصى باستخدامه مع الأصدقاء والأشخاص الأعزاء لديك عندما تريد أن تنهي الخلافات المنفرة في العلاقة بهم. وذلك بأن تستجيب للنقد الذي يوجه لك من شخص معين، بأن تسأله بأن يعطيك مزيدا من الانتقادات المماثلة التي سببت ضيقه، إلى أن ينتهي من سرد كل الجوانب التي يأخذها عليك، وعندئذ ابدأ في تلخيصها من جديد، واشكره على اهتمامه، وأنك ستكون سعيدا أكثر في المستقبل إذا ما صارحك بأي مأخذ قد يحدث منك عفوا.

إطار شارح ٢ – ١٦

أساليب ومهارات اجتماعية

الأسلوب	معناه	متى يستخدم؟
تنطبق المشاعر والتعبير عنها بلغة واضحة وبسيطة	التعبير المتعمد والتلقائي عن الانفعال بكلمات صريحة ومنطوقة	القلق الاجتماعي وتشجيع الآخرين على تكوين علاقات مريحة معك
التأكيد السلبي	الاعتراف بالخطأ عندما تقوم بفعل يستحق اللوم ، على أن تبين أن هذا الخطأ لا يعني أنك بكاملك سيء	عندما تحس أنك قمت بخطأ يستحق اللوم والنقد ، توطيد العلاقة الطيبة بين الأزواج ، عندما تريد أن تطوي صفحة سلبية وتبدأ صفحة إيجابية
تجريد انفعالات الآخرين من قوتها	تجاهل محتوى الرسالة أو السلوك الغاضب والتركيز بدلا من ذلك على طريقة الشخص الانفعالية في التواصل	تجنب الدخول في معركة لست مستعدا لها ، والتعامل مع الأشخاص الانفعاليين والمتهجمين ، ضبط النفس ، إيقاف سلوك عدواني خارجي
التعمية والإرباك	التظاهر بالموافقة على ما يوجه لك بطريقة تعني أنك غير مستعد لتبادل الحوار ؛ في أمور هي خاصة بك وحدك	يستخدم هذا الأسلوب عندما يكون الطرف الآخر من النوع اللجوج الذي يكثر من الإدانة واللوم والنقد ، عندما يكون الشخص الآخر غير مستعد للتفاهم والتراجع بالرغم من محاولاتك ، إيقاف سلوك عدواني خارجي
التساؤل السلبي	الاستجابة لانتقاد الآخر بالسؤال عن المزيد من الانتقادات والأخطاء التي ترتكبها مع إبداء الاستعداد للتغير	مع الأصدقاء والأشخاص الأعزاء والمقربين والرؤساء عندما تريد أن تنهي بعض الخلافات المنفرة معهم ، التقليل من الضغوط أو الصراعات الأسرية ، حل الصراعات الاجتماعية
الأسطوانة المشروخة	تجاهل الاستجابة المعارضة مع الاستمرار في التعبير عن السلوك أو الفكرة التي بدأتها	يساعدك هذا الأسلوب على الإحساس الهادىء في حالات المناقشات غير الهادئة ، يجنبك الدخول في متاهات جانبية تبعدك عن موضوعك الأصلي ، التدريب على ضبط النفس والإصرار على تحقيق الهدف الرئيسي
التلون الانفعالي	التدريب على الانفعالات المختلفة والمتعارضة بما فيها المعارضة والهجوم وتقبل المدح ، وإظهار الود ، وتأكيد الأنا . . . الخ	تكوين علاقات اجتماعية دافئة ووثيقة ، إنهاء المواقف الاجتماعية دون انفعالات سلبية أو قلق ، التخلص من القلق الاجتماعي ، تحقيق مكاسب متبادلة لكل الأطراف الداخلة في عملية التفاعل ، ضبط النفس
التدريب على الاستجابة البدنية الملائمة	الاستجابة البدنية الملائمة للحالة الانفعالية والموقف الاجتماعي بما في ذلك نبرات صوت ، والتقاء ، العيون ، وتعبيرات الوجه ، والحركة	الفاعلية الاجتماعية ، خلق انطباع جيد ومتحمس ، الثقة بالنفس ، إعطاء أوامر أو توجيهات التدريب على اتخاذ قرارات ، الإقناع

(عن إبراهيم، ١٩٩٥)

ويجعل منك هذا الأسلوب شخصا هادئا في مواجهة الضغوط الاجتماعية، وما يظهر من أخطاء في سلوكك وتصرفاتك مع الآخرين. ويظهرك في نفس الوقت بمظهر الحريص والراغب في تحسين الاتصال بالأشخاص المهمين في حياتك، وبإنهاء مصادر الخلاف معهم.

أساليب تساعد على تيسير تدريب المهارات الاجتماعية

سنتعرض هنا بالشرح لأسلوبين من الأساليب المستخدمة في تيسير عملية تدريب المهارات الاجتماعية، وهما لعب الأدوار role playing، والاقتداء بالنماذج السلوكية الفعالة modeling.

أسلوب لعب الأدوار:

يقوم كل فرد منا في اللحظة الواحدة بعدد كبير من الأدوار الاجتماعية التي قد لا تكون محددة بشكل دقيق أو رسمي. فبعض الأدوار الاجتماعية كدور الزوج أو الزوجة، أو الصديق أو المرؤوس أو الرئيس لا تكون محددة بلوائح، ولكنها تكون مطلبا من مطالب الوضوح في العلاقات الاجتماعية بالآخرين.

فمعرفتنا بمتطلبات كل دور اجتماعي نقوم به أو يقوم به من هم حولنا، تساعدنا على التنبؤ بسلوك الآخرين، وتنبؤنا بسلوكهم يساعدنا على تفهم مشاعرهم وأفعالهم بصورة جيدة، ومن ثم نحقق في مثل هذه المواقف أعلى درجات من الفاعلية.

ويقوم جزء كبير من نجاح الشخص اجتماعيا وفاعليته وصحته، في قدرته على القيام بالدور المطلوب منه، قياما ناجحا واثقا. ويقوم الفرد الواحد عادة بأكثر من دور، فالطبيب طبيب بين مرضاه، وهو صديق، وزوج، وأب، وموظف بحسب العلاقة المرسومة له مع الآخرين. ولهذا يصعب أحيانا على الشخص أن يقوم بهذه الأدوار مجتمعة بإتقان، خاصة إذا تعارضت مطالب أداء دور معين بنجاح مع أداء دور آخر، «كالطبيب» مثلا، فهو مطالب بدور آخر بصفته زوجا في المنزل أو أبا بين أبنائه. وليس نادرا لهذا أن نجد مشكلات نفسية وانفعالية تنتج بسبب التعارض في أداء الأدوار أو تصارع الأدوار.

وتشكل المواقف الاجتماعية الجديدة التي يضطر الفرد إلى الدخول فيها تحديا رئيسيا له. فالتقدم لوظيفة، ولإجراء مقابلة شخصية، والتقدم لخطبة أو لزواج، أو لطلب معونة، أو لإعطاء أوامر في موقف قيادي تشكل جميعها تحديات إكلينيكية تجب مواجهتها والتدريب على أداء متطلباتها السلوكية مسبقا، وذلك من خلال لعب الأدوار.

التعامل مع تصارع الأدوار:

ومن رأينا أن إحدى العقبات الرئيسية التي تواجه المكتئب في مواقف التفاعل الاجتماعي الجديدة، تنتج عن عدم فهم الشخص لمتطلبات الدور الذي يقوم به. فالشخص الذي يتقدم لإجراء مقابلة شخصية للحصول على عمل معين، قد لا يكون مدركا لمتطلبات الوظيفة أو «الدور» المطلوب القيام به. ويستخدم المعالجون السلوكيون لهذا أسلوب تمثيل الدور قبل حدوثه، بغرض زيادة القدرة على مواجهة الإحباط والعجز في المواقف الاجتماعية الحاسمة.

ويستخدم المعالجون السلوكيون أساليب متعددة لتدريب المرضى على إتقان أدوارهم في الحياة، وتعلم مهارات اجتماعية تتطلبها العلاقات بالآخرين وبالتالي توقعاتهم عنا.

ويستخدم أسلوب لعب الأدوار أيضا في الحالات التي يكون من المطلوب فيها، أن يدرب المريض نفسه على تحمل الإحباط والتحكم في الغضب، وتجنب الاندفاعات الحمقاء. ويتم ذلك من خلال إثارة مواقف في جلسات العلاج بطريق التخيل ويكون من شأنها إثارة الغيظ أو الغضب أو الإحباط. ومن خلال ذلك يقوم المعالج بتدريب المريض على إظهار استجابة ملائمة تدل على ضبط النفس والثقة، وذلك بتوجيه اهتمامه لتطوير جوانب من السلوك والاستجابات منها:

- تأكيد الالتقاء البصري المباشر بالشخص المثير للإحباط.
- اتخاذ موضع جسمي واثق ولكن بطريقة لا تثير الانفعال.
- التدريب على بعض الاستجابات اللفظية أو العملية لإنهاء الموقف نهاية إيجابية مفيدة.
- التدريب على المعارضة والهجوم، وذلك بإبداء رأيك في التصرف

المثير لضيقك بوضوح وبصدق.

الاقتداء بالنماذج:

كذلك بالإمكان اكتساب الكثير من جوانب السلوك الإيجابي بما في ذلك المهارات الاجتماعية، من مشاهدة الآخرين وملاحظة النماذج السلوكية المطلوب أداؤها. وتعبر الدراسات المتعددة التي أجريت عن دور القدوة والاقتداء في تعلم الثقة، والفاعلية في المواقف الاجتماعية عن وجود نتائج مشرقة، من حيث إحداث التغيرات المطلوبة في الشخصية والسلوك الاجتماعي. فمن خلال القدوة وملاحظة الآخرين يمكنك أن تتعلم كثيرا من أنواع السلوك الإيجابي وأن تتوقف عن تعلم كثير من الأنماط المرضية من السلوك. ومن المعروف أن هناك قطاعات عريضة من السلوك نتعلمها من خلال ملاحظة الآخرين، منها: الغيرية، وتقديم العون للآخرين، والتفوق المهني وإدارة الوقت وتنظيمه بشكل فعال، والاستمتاع بالوقت، والتوكيدية، والمشاركة الوجدانية، وتطوير علاقات سهلة بالآخرين. وغني عن الذكر أن تدريب هذه الخصائص تساعد ـ دون شك ـ على الإقلال من الاضطرابات النفسية الضارة بما فيها الاكتئاب.

وتتوقف فاعلية القدوة من حيث هي أحد أساليب تعديل السلوك على شروط، من أهمها: وجود قدوة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب إتقانه، وليكن التوكيدية، أو الحرية في التعبير عن المشاعر. أو قدوة رمزية من خلال مشاهدة فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة توجه الأنظار إلى جوانب السلوك المطلوب تدريبها. وهناك خصائص ينبغي توافرها في القدوة أو النموذج الذي نلاحظه. فنحن لا نستجيب بدرجة مساوية لما نشاهد، ولا نتأثر بنفس الدرجة عندما نلاحظ نفس الشخص. وحتى يسهل عليك الإقناع بالسلوك الذي يقوم أو تقوم به القدوة لابد إذن من توافر عدد من الشروط منها: التشابه في العمر، والجنس، والإطار الاجتماعي والحضاري. والقدوة الناجحة، أي الشخص الذي سنقوم بمحاكاته، ينبغي أن يكون خبيرا بالسلوك موضوع التدريب أو يكفي أن ندركه كذلك، وذا مركز عال، وعلى درجة من الجاذبية والإقناع، والسمات الشخصية المقبولة، والتي منها على سبيل المثال، أن يكون من النوع الودود

والمتعاون(Sprafkin & others 1993, p.17).

وهناك شروط ومحكات تتعلق بالسلوك ذاته، أي بطريقة عرض المهارة المطلوب إتقانها. إذ تزداد فاعلية القدوة عندما يؤدى السلوك المرغوب فيه بوضوح وببساطة وبشكل تلقائي، خال من الاصطناع، وبتسلسل منطقي يكشف عن المراحل المختلفة التي يمكن أن يمر بها السلوك ويتطور.

وهناك شروط تتعلق بالمتدرب ذاته، (في هذه الحالة المريض بالاكتئاب أو بفقر المهارة الاجتماعية)، فمن المفيد لكي يصل إلى أقصى درجات الفائدة أن يوجه انتباهه بين الحين والآخر إلى بعض الجوانب الأدائية من السلوك المرغوب فيه. فضلا عن هذا، يجب أن نشجع الشخص على أداء السلوك المرغوب فيه، وتنفيذه عمليا، وأن يتم تدعيم أدائه للسلوك تدعيما إيجابيا، كما ينبغي أن يحمل له السلوك الجديد مزايا نفسية واجتماعية عند ممارسته فيما بعد. وتزداد فاعلية هذا الأسلوب عندما يكون المتدرب (أو المريض) مشابها للنموذج - القدوة من حيث عوامل الشخصية، والاتجاه نحو السلوك المطلوب إتقانه، وطبيعة المشكلة التي يعانيان منها. والهدف من التدريب، أن يكون اتجاهه إيجابيا نحو القدوة، من حيث درجة التقبل والحب (فنحن لا نقتدي عادة بمن لا نحب) وعلى العموم فإن هناك ما يؤكد نجاح هذا الأسلوب في تحسين كثير من أنماط التفاعل الاجتماعي، وأنه يؤدي منفردا أو بالتعاون مع أساليب علاجية أخرى دورا فعالا في اكتساب مهارات متعددة، من بينها مواقف التفاعل واللقاءات المطلوب إجراؤها في المواقف الفعلية. ومن الناحية العلاجية، فقد تبين منذ فترة طويلة أن استخدام القدوة يفيد في التخلص من كثير من المخاوف الاجتماعية، بما فيها القلق الاجتماعي، ومواجهة الجمهور. كما أن بعض الدراسات الحديثة نسبيا بينت أن من الممكن - باستخدام هذا الأسلوب - أن نساعد أنفسنا والآخرين على اكتساب جوانب إيجابية في علاقاتنا الاجتماعية، بما في ذلك: ضبط النفس في المواقف المشحونة بالانفعال، والفاعلية في أداء الأدوار الوالدية من حيث تقديم الرعاية للأطفال والرضع، والتشجيع على المشاركة الاجتماعية، وتقديم العون للآخرين ومساعدتهم في أوقات الأزمات (Kendall & Braswell, 1982; Gambrill,1987).

17 مباهج مشروعة ونشاطات سارة

أحداث صغيرة:

أشياء أو أحداث صغيرة قد تحدث في حياتنا قصدا أو دون قصد، يكون لها في كثير من الأحيان أثر واضح في تعديل المزاج إيجابا أو سلبا. وتتفاوت هذه الأشياء وتتنوع، قد تكون في شكل تغير في الطقس، أو ارتفاع وانخفاض في درجة الحرارة، أو تعليق عفوي من شخص أو أشخاص تعرفهم أو لا تعرفهم. تخرج صباحا، مثلا، وأنت مستعد للقاء يوم جديد، فتجد شخصين لا تربطك بهم صلة ما، يتبادلان الشتائم والسباب، فيتغير مزاجك، ولا تتفاءل خيرا في يومك. أو تخرج لتجد خدشا على سيارتك، فينقلب مزاجك رأسا على عقب ربما طوال اليوم أو الأيام التالية. تذهب إلى عملك، فتجد رسالة من رئيسك يطلب الالتقاء بك في اليوم التالي، فتجد نفسك نهبا لكل أنواع الشك والقلق. تفتح الجريدة، وتقرأ نبأ وفاة أحد المعارف القدامى وقد انتقل إلى رحمة الله، فيصيبك الهلع طوال اليوم أو ما بعد اليوم بأن حياتك قد قاربت نهايتها، تبعث مقالا أو بحثا إلى مجلة، فيعيده لك رئيس

التحرير بالاعتذار، فيصيبك شعور عميق بالاكتاب، وبأنك لا تكتب شيئا له قيمة، وربما يؤثر ذلك فيك وفي مزاجك اليومي لأيام وأيام، وربما يدفعك إلى قرارات قد تؤثر في مستقبلك كله (إذا ما قررت مثلا أن تتوقف عن الكتابة تماما).

هذه الأشياء الصغيرة، قد تكون أيضا على المستوى التخيلي، أو على شكل فكرة مفاجئة ترد على ذهنك. مثلا وأنت جالس تجد نفسك تسرح، فتتذكر فجأة خبرة فشل سابقة، أو حادثا ماضيا تعرضت فيه حياتك، أو سمعتك للخطر (الحقيقي أو المتوهم)، فيتأثر مزاجك اليوم كله.

وأسوأ ما في هذه الأحداث الصغيرة، أنها تجعلنا مستهدفين لتغيرات مزاجية واجتماعية أخطر، وأوسع انتشارا. فعندما تجد خدشا على سيارتك، مثلا، أو قمامة أمام مدخل شقتك أو منزلك، قد لا يتوقف الأمر عند مجرد شعورك بالضيق والغيظ في اليوم، أو في اللحظات التالية، بل قد يمتد نتيجة للاستثارة الانفعالية إلى علاقاتك بالآخرين، فتجد نفسك تدخل في مشاحنات وصراعات مع الآخرين، بما فيهم أفراد الأسرة أو زملاء العمل، أو حتى الذين تلتقي بهم على نحو عابر. بعبارة أخرى، فإن خطورة هذه الأشياء لا تقتصر على ما تخلقه ساعتها من مشاعر سلبية، بل تمتد آثارها، إذا ما خلقت دائرة مغلقة، وخبيثة من التوتر (الضيق الذي يخلقه الحدث أو الموقف المثير للانفعال، يجعل الشخص متوترا، وبالتالي يتعامل مع المواقف الخارجية والداخلية بطريقة متوترة تستثير كثيرا من الاستجابات السلبية، التي تساهم بدورها في خلق مشكلات إضافية، أو تزيد من المشكلة أو المشكلات الأصلية).

وإذا كنا حتى الآن قد ركزنا على الأحداث الصغيرة التي تؤثر في المزاج سلبا، فإن العكس أيضا - ولحسن الحظ - صحيح. إذ من الممكن أن يتأثر مزاجنا، بالأحداث السارة. تسير في الشارع مثلا، أو في مركز تجاري، فتجد أمامك على الر صيف ورقة عملة نقدية. فتلتقطها، وتشعر بعدها بالسرور والتفاؤل، وربما تحادث نفسك بأن هذا اليوم هو يوم السعد بالنسبة لك، ولأن مزاجك يتجه إلى التفاؤل، فإنك تتصرف طوال اليوم بصورة متفائلة، وتحقق كثيرا من الأشياء الإيجابية بما في ذلك علاقاتك بالآخرين، ومزاجك الشخصي العام. هذا بالرغم من أنك تعرف بينك وبين نفسك

قبل أن تعثر على هذه القطعة النقدية، أن سعادتك لا يمكن أن تكون مرتبطة بها بأي حال من الأحوال. بعبارة أخرى، فإن المزاج شيء سريع التغير، ويتغير إيجابا أو سلبا بأشياء صغيرة. ولننظر إلى أمثلة تبين لنا على نحو علمي دقيق مدى صدق هذا الرأي، ومدى ما يمكن أن يضيفه إذا ما قمنا بتوظيفه في عمليات العلاج النفسي وتعديل السلوك الاكتئابي.

في تجربة أمريكية، (Isen,1984) ألقى مجموعة من الباحثين بقطع مالية من فئة الدولار في مواقع مختلفة من المراكز التجارية بالمدينة، ثم راقبوا استجابات المارة والعابرين عندما يعثر الواحد منهم على الدولار. وبعد مرور نصف ساعة من العثور على الدولار قام الباحثون، بإيقاف مجموعة عشوائية من المارة، بما فيهم الأفراد الذين عثروا على الدولار، ليوجهوا مجموعة من الأسئلة تضمنت أسئلة عن رضا الواحد منهم عن حياته العملية، أو الزوجية، وعن نظرة كل منهم للمستقبل، وإمكانياتهم المادية، ورغبتهم في شراء أشياء جديدة، أو استبدال أشيائهم القديمة، أو النية في القيام بتعديلات معمارية في المنزل، أو بتغييرات ترفيهية أو رحلات مع الأسرة والأطفال.

أما عن النتائج: فلقد عبر المارة الذين عثروا على الدولار، بمقارنتهم بغيرهم عن كثير من المشاعر الإيجابية المعارضة للاكتئاب. فقد قرروا أنهم أكثر سعادة في حياتهم الزوجية، وأنهم يعانون من مشاكل أقل في حياتهم العملية، وأنهم عموما أكثر تفاؤلا، وأكثر تطلعا للمستقبل. لقد نجحت التجربة في إثبات أن حدثا صغيرا كالعثور على دولار واحد يؤثر في المزاج إيجابيا، وقد يؤدي إلى الشعور بالتفاؤل وتعديل المزاج العام للشخص. ومن الطريف أن نفس هذه المجموعة قد عبروا بصورة أكثر من الآخرين عن رغبة الواحد منهم، في شراء أشياء جديدة أو عن عزمهم على استبدال ممتلكاتهم بشراء أشياء أخرى جديدة بدلا منها. وإذا صح أن تحسن اقتصاد أي مدينة أو دولة مرهون بنشاط البيع والشراء، فهل يحق لنا أن نفترض أن التفاؤل والخلو من الاكتئاب، قد يؤديان على نحو غير مباشر إلى التحسين من الظروف الاقتصادية العامة في المجتمع؟! سؤال نطرحه يحتاج إلى مزيد من الدراسة، ولو أن التجربة السابقة تميل إلى الإجابة عنه بالإيجاب. ولأمر ما لعله على صلة بذلك نجد أن كثيرا من رجال الأعمال المهرة،

يجدون أن من السهل عليهم عقد صفقات تجارية ضخمة في الفنادق، والمطاعم، والأماكن البهيجة التي تبعث على التفاؤل والسرور.

لماذا يحدث ذلك، أي لماذا نجد أن حدثا صغيرا يثير تغيرات مزاجية مؤقتة أو قد تمتد آثارها على نحو دائم؟

هناك فيما يبدو أكثر من سبب يجعل هذه الأحداث الصغيرة مصدرا لتغيرات مزاجية عريضة. فقد يكون الأمر بسبب ما أشرنا إليه توا، وهو مساهمتها في خلق دائرة أو حلقة مفرغة (إيجابية أو خبيثة بحسب تذوقنا للحدث). وربما يكون بسبب ميل العقل البشري إلى التعميم من حادث جزئي، إلى مجموعة عريضة أخرى من الأحداث والرؤى التي لها صلة مباشرة أو غير مباشرة بالحدث ذاته. وربما لأن أساليب تفكيرنا تتعدل وتتغير بطريقة تجعلنا ننظر إلى المستقبل بنفس النظرة، التي ترتبط بتذوقنا للحدث الراهن فنمنحه بعض الثبات والديمومة، ويبقى شعورنا الغالب الآن وفي هذه اللحظة، هو الشعور الغالب أيضا على نظرتنا للمستقبل.

باختصار سنجد أن الكثير من الأشياء الصغيرة، قد تكون لها نتائج كبيرة فيما يتعلق بتغيير المزاج، وأنه كلما كانت هذه الأحداث من النوع السار أمكن تعديل المزاج إيجابيا، بصورة تبعث على السرور، وخلق جو نفسي معارض للاكتئاب والاضطراب.

ويبدو أن الكثير من العامة يدركون هذه الحقيقة، ولو أنهم يتعاملون معها على نحو ساذج أو مدمر. فتجد البعض من الناس ينفر من الجدية، التي تتطلبها بعض المواقف، بحجة أنها «غم»، وأنهم لا يحتملون إلا جوا مليئا بالمرح و «الفرفشة». وتؤدي هذه السياسة إلى نتائج إيجابية بالفعل، ولكنها تقوم على فهم ضيق وساذج للأحداث السارة. فالحدث السار لدى شخص معين، قد لا يمثل حدثا سارا لدى شخص آخر. وما يبعث الغم عند البعض قد يكون مصدرا للمتعة والسرور لدى البعض الآخر.

ومن رأينا أن اتجاه بعض الناس - في حالات الاكتئاب والاضطراب - إلى استخدام العقاقير، وتعاطي المخدرات والخمور، ما هو إلا محاولات منهم للعلاج الذاتي بالعمل على تغيير الحالة المزاجية السيئة، إلى حالة أكثر إيجابية. إن الكثير من هذه المواد تستطيع بالفعل إدخال البهجة على النفس، بسبب ارتباطها بحدوث مواقف سارة ومدعمة، بما في ذلك تعاطيها في

جو مرح في حضور الآخرين، وما تؤدي إليه من تغيرات سلوكية تتسم بالانطلاق، والتحرر من القيود الانفعالية في التعبير عن المشاعر الجنسية والعدوانية. ولكن غني عن الذكر الآثار الجانبية الضارة والمدمرة لهذه العقاقير، التي قد تصل أحيانا إلى درجة الإدمان والاستهداف للإصابة بالاضطرابات العقلية والجسمية، وربما الموت العاجل.

ومن الأساليب المشروعة التي يلجأ إليها الإنسان العادي لتحقيق البهجة مشاهدة التليفزيون والأفلام المرحة، وسماع الموسيقى، والصلاة، وتذكر خبرات طيبة، والتزاور، والاسترخاء، والنوم العميق، والطعام الجيد، وممارسة الجنس، ومنح الهدايا، أو الحصول على هدية، والمسامرة والاختلاط بالسعداء من الناس، والنقود، والقراءة، والكتابة... الخ. أما هل لهذه الأحداث تأثير فعلي ودائم على الحالة الجسمية، والنفسية ـ المزاجية، وهل لها تأثير مضاد للاكتئاب، وأي هذه الأساليب أكثر تأثيرا في الحالة المزاجية، ومَن مِن الأشخاص يستجيب لها، أو لأنواع منها أكثر من الآخرين، وهل يمكن توظيفها علاجيا؟ إجابة كل هذه الأسئلة تشكل جزءا رئيسيا من أهداف هذا الفصل.

الأحداث السارة والعلاج النفسي:

يذكر «أرجايل» (1993 ـ ص 258)، أن هناك ما يشير إلى أن التفكير في حدث سار قريب العهد له تأثير قوي على الحالة المزاجية، أو الشعور بالرضا عن النفس. وبالرغم من أن الناس لا يتساوون جميعا في مدى الاستجابة للأحداث السارة، إلا أن التجارب تبين أن الحالة المزاجية والانفعالية للكثيرين تتعدل عندما يستخدمون الأسلوب المعروف بأسلوب «فيلتون».

يستند «أسلوب فيلتون» على حقيقة ما تلعبه الأحداث السارة في كف استجابات الاكتئاب، ورفع مشاعر الرضا. وبمقتضى هذا الأسلوب، كان «فيلتون» يطلب من الشخص أو الأشخاص (في تجاربه المعملية)، أن يقرأ الواحد منهم، أولا في صمت، ثم بصوت مسموع عددا من العبارات التي تدور حول الكفاءة الشخصية، والرضا عن النفس، واعتبار الذات، والصحة الجسمية الطيبة، (مثل: إنني سعيد، أشعر بأنني راض تماما عن أموري

الشخصية، إنني مغتبط لما تسير عليه الأمور...الخ)، وأن يحاول أن يضع نفسه في الحالة المزاجية التي تعبر عنها العبارة. لقد وجد «فيلتون» بالفعل أن الحالة المزاجية تتأثر إيجابيا لدى أكثر من 50٪ من الأشخاص، ولو أن التأثير الإيجابي لا يستغرق إلا فترات قصيرة.

اتخذ علماء العلاج السلوكي من هذه الحقيقة منطلقا لتكوين أساليب متنوعة بهدف التخفف من الاكتئاب وتعديل المزاج بشكل إيجابي ومعارض للاضطراب. فقد قام «ليفنسون» بسؤال عينات ضخمة من مختلف أفراد المجتمع لكي يسجل كل واحد منهم 10 نشاطات إيجابية، أو أحداث أثارت في الواحد منهم الشعور بالسرور والبهجة. ومن إجاباتهم كون قائمة اشتملت على أكثر من 300 حدث من هذه الأحداث، أطلق عليها قائمة الأحداث السارة (Pleasant Events Schedule (PES) (انظر الملحق الخاص بهذه القائمة المعربة والمعدلة في نهاية هذا الفصل). ومن دراساته، ودراسات الآخرين لدور الأحداث السارة، والمباهج المشروعة في تحسين الحالة الصحية والنفسية العامة للفرد، وبالاعتماد على خبرة الكاتب الشخصية في علاج الكثير من حالات الاكتئاب، خاصة في المجتمع العربي، يمكن أن نخلص إلى عدد من النتائج نلخصها فيما يلي:

فمن ناحية تبين أن هناك فروقا فردية ضخمة في إدراك الناس لما هو حدث سار. ومن المعروف أن لكل فرد منا مجموعة من النشاطات، يرى أن ممارستها تكون مصدرا لبهجته ورضاه، وسروره. ولهذا فإن من الأفضل أن يكتشف كل فرد بنفسه قائمته الخاصة من الأحداث السارة. ولحسن الحظ، قد كشفت التجارب عن أن قائمة الأحداث السارة لكل فرد تظل ثابتة. بعبارة أخرى، فإن السرور واللذة اللذين أجنيهما الآن من خلال الكتابة، وتنوير القارئ العربي بالمنجزات النفسية، كانا ولا يزالان وسيحملان في المستقبل نفس مشاعر الرضا النفسي التي يحملانها الآن.

وكلما تنوعت مصادر السرور كان ذلك أفضل. ولهذا فإن من الأفضل أن ينمي الشخص، ولو عمدا عددا أكبر من النشاطات الإيجابية في مجالات متباينة.

وليس من الضروري أن تكون هذه الأحداث ضخمة، أو تستغرق وقتا أطول. قد تكون أحداثا قصيرة، تحتاج ممارستها إلى بضع دقائق يوميا.

وهناك أخطاء في التفكير وبعض التصورات اللاعقلانية، قد تعيق الفرد عن اكتشاف مصادر السرور والسعادة والرضا في حياته. فقد يتصور الفرد أنه ببحثه عن مصادر البهجة في حياته وممارسته لها قد يكون أنانيا، أو أنه مجرد إنسان باحث عن اللذة. والواقع أن هناك الكثير من الأنشطة التي تبعث على السرور وإثارة البهجة ليست بالضرورة أنانية، وغير ضارة، بل ومفيدة للصحة والنفس، ومن ثم فلا بأس من ممارستها ما دامت تبعث على البهجة، والتعديل المزاجي. وسنرى بالنظر إلى قائمة الأحداث السارة أن هناك الكثير من هذه الأحداث مشروعة، ومقبولة، ولا توقع ممارستها الضرر بالآخرين.

وهناك بالطبع أشخاص قد يجدون مصادر السرور لديهم تتركز في القيام ببعض الأنشطة المكلفة ماديا، أو الضارة صحيا، أو غير الأخلاقية كالغيبة، والتآمر، وتعاطي المخدرات، والممارسات الجنسية أو الاجتماعية غير اللائقة. وهذه بالطبع تسبب كثيرا من المشاكل للفرد ذاته أو للآخرين، ومن ثم لا نعتقد أن ممارستها أمر مقبول أو مفيد للصحة النفسية أو للتوافق مع الآخرين أو لكليهما.

وهناك ما يشير إلى أن الأفراد الذين يمارسون نشاطات سارة على المستوى اليومي، أكثر سعادة وإحساسا بالرضا عن النفس من هؤلاء الذين لا يمارسونها أو يمارسونها قليلا.

وكلما مارس الفرد هذه الأحداث برغبته الشخصية، وبإرادته وليس بضغط خارجي، زادت آثارها المخففة للاكتئاب، والمعدلة للاضطراب النفسي.

ويزداد التأثير الإيجابي للأحداث السارة إذا ما استخدمت مع الأساليب العلاجية الأخرى، بما فيها العلاج المعرفي (الفصل القادم)، والاسترخاء، وتدريب المهارة الاجتماعية. بعبارة أخرى، فإن ممارسة هذه الأحداث ما هي إلا أسلوب قد يصلح للبعض ولا يصلح للبعض الآخر، وأن هناك طرقا أخرى يشتمل عليها هذا الكتاب قد تصلح بديلا أو معاونة لهذه الطريقة، في التخفف من الاكتئاب (للمزيد عن الأساس النظري، والعوامل المرتبطة بتأثير الأحداث السارة في حياتنا، انظر بالعربية: أرجايل 1993، الفصل الحادي عشر).

الأحداث السارة، والنشاطات الإيجابية وعلاقتها بالاكتئاب:

عرفنا من قبل أن الشخص عندما يكون مكتئبا يجد نفسه خاملا وعازفا عن القيام إلا بالقليل من النشاط الإيجابي والسار. ونعرف من تجارب علماء النفس والطب النفسي أن الشعور بالاكتئاب تصاحبه أعراض وملامح ثابتة من الحزن، واضطراب النوم، والشعور بالتعب، والشعور بخواء الحياة، وفقدان الاهتمامات. ومن ثم، فإن الاكتئاب وما يصاحبه من هذه الأعراض يؤدي إلى خفض مستوى الطاقة والنشاط، وإن الأفراد المكتئبين والتعساء، يمارسون عددا أقل من النشاطات. والنشاطات القليلة التي يمارسونها لا تمثل لهم أحداثا إيجابية أو سارة. كذلك تبين أن المكتئبين بمقارنتهم بغير المكتئبين يعانون في الحاضر أو كانوا يعانون في الماضي، من وجود عدد أكبر من الضغوط والمشقات الصحية والاجتماعية والنفسية. أي أن درجة تعرضهم للأحداث السارة أقل من تعرضهم للمشقات والأحداث غير السارة. والمكتئبون يكافئون أنفسهم أقل، ولهذا تجدهم لا يستمتعون بالنشاطات الاجتماعية، وقضاء وقت الفراغ، ويعزفون عن الدخول في علاقات اجتماعية دافئة وممتعة (كالالتقاء بالأصدقاء، والرحلات، والذهاب إلى السينما والمسرح، وزيارة الأهل والأقارب).

ومن غير المعروف ما إذا كان النشاط، والدخول في أحداث سارة سببا أم نتيجة للاكتئاب. فنحن نجد ما يشير إلى الظروف الصعبة، وتزايد نسبة الأحداث غير السارة في الحياة والمشقات (كالطلاق، والبطالة، والعزلة الاجتماعية، ووفاة الأهل، والظروف الصحية، والمرض)، تساهم بدورها في الإصابة بالاكتئاب. وأغلب الظن أن العلاقة بين الأحداث غير السارة والاكتئاب، هي علاقة دائرية من نوع علاقات الحلقة المفرغة.

ولهذا نجد اهتماما أساسيا بالتعديل من الاكتئاب وزيادة الحالة المزاجية الإيجابية، من خلال زيادة معدل الأحداث السارة في حياتهم. وهناك على وجه العموم ثلاثة أنواع من النشاطات المهمة التي تبين أن تواترها وتكرارها في حياة الشخص من الممكن أن يخفض، أو يعدل من المشاعر الاكتئابية، هي:

1. أنشطة اجتماعية ذات طابع سار:

وتتضمن هذه القائمة من الأنشطة، كل أنواع التفاعلات الاجتماعية

الطيبة التي يشعر الشخص فيها بأنه جذاب، ومرغوب فيه من قِبَل الآخرين، وأنه موضع للحب والتقدير. وكثير من النشاطات التوكيدية التي ذكرناها في فصل سابق هي من هذا النوع. ولخلق مزاج معتدل وإيجابي يجب على الفرد أن يكثر من هذه النشاطات، وأن يكافأ بمزيد من النشاطات الإيجابية عندما ينجح في الدخول أو خلق علاقات اجتماعية إضافية. وتعتبر العلاقة بأفراد الأسرة، والصداقة، من الأنشطة الاجتماعية التي تحرر الفرد من مشاعر العزلة، والاكتئاب، وفيما يلي نماذج من هذه الأنشطة:

- ابحث أو اتصل بصديق قديم.
- اجتمع مع مجموعة من الأصدقاء.
- عبر عن شيء إيجابي فيك.
- اجتمع مع من تحب.
- عبر عن تأييدك العلني لرأي جيد.
- قلل من إلحاحك على شخص آخر.
- اطلب من صديق أو زميل أن يساعدك في معالجة أمر يهمك.
- قم بمداعبة طفل أو حيوان.
- تعرف على طريقة صناعة أو عمل شيء تؤديه الزوجة أو الزوج.
- لاحظ الآخرين.
- تعرف على ما حصله أبناؤك في المدرسة اليوم.
- ادخل في مناقشة صريحة.
- عبر عن حبك أو إعجابك بشخص آخر.
- اجتمع مع أشخاص متحمسين.
- قم بزيارة سريعة لأحد الوالدين أو المقربين.
- قم بعمل تطوعي لخدمة آخرين.
- سجل أشياء إيجابية فعلتها اليوم (أو الأسبوع الماضي أو الشهر أو العام الماضي).
- أصغ بانتباه وتفهم لشخص لم تكن تحبه.
- سجل أشياء إيجابية تود عملها اليوم (أو هذا الأسبوع أو الشهر أو العام).
- امتدح شيئا إيجابيا في آخر.

- أنصت للقرآن بتركيز.
- عبر عن عرفانك بالجميل.
- اخلق مناقشة حية.
- تعرف على شخصية جديدة.
- امنح بعض الوقت لمساعدة محتاج.
- ادع صديقا إلى كوب من الشاي أو القهوة.
- تعرف على ما سيفعله أبناؤك اليوم.
- تطوع لمساعدة شخص يحتاج إلى المساعدة أو النصح.

ولتحقيق أكبر فائدة من هذا النوع من النشاط، ينبغي على الشخص أن يدرب نفسه جيدا على القيام ببعض المهارات الاجتماعية، بما في ذلك تدريبهم على قواعد الصداقة، والغيرية، والتعاون، والأعمال التطوعية بهدف تقديم خدمات للآخرين. كما ينبغي عليه أن يدرب نفسه جيدا على بدء علاقات جديدة، ومن ثم يمكن له هنا أن يفيد بالتدريبات التي ذكرناها في فصول سابقة عن تدريب المهارات الاجتماعية، وتأكيد الذات (انظر الفصلين الخامس عشر والسادس عشر).

ومن المهم أيضا أن يعزز الفرد علاقاته القائمة وأن يقويها، بما في ذلك العلاقات الزوجية، والعلاقات بالأهل، والصداقات القائمة. ومن المهم أن تكون هذه العلاقات، أو أن نوجهها بحيث تكون مصدرا من مصادر السرور والبهجة والرضا، وإلا فقدت معناها وأصبحت على العكس مصدرا للنكد، والغم. فالعلاقات الزوجية على سبيل المثال، لن تكون مصدرا من مصادر البهجة والسعادة إذا خلت من المودة، وتبادل الحب والمشاعر الإيجابية. ولن تتحقق لها الإيجابية المرغوبة إذا لم يرغب - فيما يرى أرجايل - كل من الزوجين في الآخر، وأن يرى فيه أو فيها مصدرا للمتعة والراحة والطمأنينة، وإذا كانت لقاءاتهم تمتلئ بالمشاحنات والعداوة والبرود، وخالية من الحوار وتبادل المشاعر الدافئة.

وهناك شروط وعوامل تساعد على أن تحقق هذه العلاقات أكبر فائدة علاجية ممكنة، منها: أن تتم هذه العلاقات في جو بهيج، وخال من النقد، والسخرية، وأن يكون الفرد خلالها قادرا على كشف مشاعره بحرية وطمأنينة، وأن يكافئ الآخرين بإيجابية مماثلة، وأن يحافظ على القواعد

التي تتطلبها مثل هذه العلاقات بما فيها الإخلاص، والمشاركة الوجدانية، والتواصل.

وتشير البحوث إلى أن تدريب المهارات الاجتماعية، وتأكيد الذات، والإرشاد الأسري، وتدريب الصداقة في مؤسسات الصحة العقلية، وتدريب مهارات الاتصال بالجنس الآخر تساعد جميعها بالفعل على العلاج النفسي، وتؤدي إلى نتائج إيجابية وناجحة في علاج الاكتئاب والتحرر من العزلة.

2. أنشطة شخصية:

وتتضمن هذه الفئة من الأنشطة كل أنواع النشاط المرتبط بإثارة مشاعر اللياقة النفسية، والإنجاز، والكفاءة، والاستقلال وتحقيق الذات، بما فيها القراءة، وتعلم شيء جديد، والقيام برحلة، والتعبير عن فكرة أو شعور... الخ. ولهذا تجد هذه الفئة تشتمل على نشاطات من هذا النوع:

- اقرأ شيئا جديدا.
- خطط لرحلة أو إجازة.
- تعلم شيئا جديدا.
- ابحث عن كتاب جديد.
- اكتب خطابا مؤجلا.
- عبر عن فكرة أو رأي بوضوح.
- اكتب رأيك في مقال قرأته في الجريدة.
- اكتب عن شيء يعجبك في شخصية تقدرها.
- اكتب أو اتصل لتسأل عن شيء تريد اقتناءه.
- قم بتنظيم شيء مؤجل في مكان عملك.
- تعرف على مصادر الإعجاب فيك وسجلها.
- تعلم إحدى الخطوات لاكتساب مهارة معينة.
- اقرأ سورا من القرآن.
- اقض وقتا في عمل شيء بكفاءة.
- اكتب فكرة عنّت لك.
- ابعث برأيك لصحيفة أو مجلة.
- قم بتنظيم شيء مؤجل في منزلك.

3 . أفعال وأنشطة سلوكية مضادة للاكتئاب:

وهي نشاطات بطبيعتها سارة ومعارضة للاكتئاب، أي لا يمكن أن يمارسها الشخص بينما يكون في نفس الوقت حزينا أو مكتئبا (مثل الضحك، وتناول طعام جيد). وقد تضمن جدول الأنشطة السارة الذي اقترحه «ليفينسون» وقمنا بتعريبه وتعديله عددا من هذه الأنشطة، من بينها:

- اجتمع مع أشخاص سعداء.
- اضحك بعمق.
- شاهد منظرا جميلا وركز عليه.
- قل شيئا جميلا أو سارا للمقربين منك.
- ارتد غيارا أو ملابس نظيفة.
- استمع للقرآن.
- تحدث عن شيء سار أو مرح.
- شاهد شيئا تحبه خارج المنزل.
- قم بإعداد شيء تحبه.
- اجتمع مع أشخاص متحمسين.
- اقض بعض الوقت في مشاهدة الطبيعة.
- تحدث بإعجاب عن بعض منجزاتك.
- اشعر بوجود الله ورعايته لك في حياتك.
- تناول طعاما أو شرابا تحبه.
- ابتسم للآخرين.
- اشتر شيئا تحبه.
- اقتطع وقتا للفراغ.
- شاهد الشمس أو اجلس في مكان مشمس.
- نم بعمق.
- قل شيئا مسليا أو استمع إليه.
- ارو أطروفة أو نكتة.
- استرخ بعض الوقت.
- استحم أو اسبح.
- تنفس هواء طبيعيا ونقيا.

- استمع لأغنية تحبها.
- اشتر شيئا لشخص تحبه.
- تخيل موقفا مع شخص تحبه.
- تخيل شيئا جديدا سيحدث في المستقبل.
- اشعر بأهمية وجودك للآخرين.
- العب مع طفل.
- قم بمداعبة (أو تربية) حيوان أليف.

وبعبارة أخرى، نجد أن قائمة الأحداث السارة تشتمل على ثلاثة أنواع من النشاط: تلك التي تتضمن تفاعلات اجتماعية مشبعة، وتحمل دلالات نفسية عميقة، وتلك التي تجعلنا نشعر بالكفاءة، واللياقة، وتعطينا إحساسا بالأهمية، والتوجه، وتوجيه الطاقة، وأخيرا تلك التي تتضمن مشاعر أو انفعالات تتعارض مع مشاعر الاكتئاب.

خطوات تدريب المشاعر وزيادة معدل الأنشطة السارة

تعديل المزاج والتغلب على المشاعر الاكتئابية يتطلب أن تزيد من ممارستك اليومية للأنشطة السارة، بأن تستعين بجدول النشاطات السارة (الملحق المرفق) حسب الخطوات التالية:

- ابدأ أولا بحصر النشاطات التي تمارسها في الوقت الراهن.
- ادرس كل نشاط بمفرده واحدا إثر الآخر، لأن ذلك سيجعلك على دراية ووعي واضح بهذه النشاطات.
- حدد إلى أي مدى تشعر بالسرور والابتهاج والرضا، عند قيامك بأداء كل نشاط من النشاطات المسجلة، وفق المقياس التالي:

صفر ـ نشاط غير سار أو محايد.

1 ـ نشاط يبعث على سروري إلى حد ما.

2 ـ نشاط يثير بالفعل سروري وبهجتي الأكيدة.

- الآن أعد النظر إلى النشاطات التي تثير سرورك إلى حد ما، أو التي تثير سرورك بشكل أكيد، وحاول أن تتبين بالرجوع إلى الماضي، وبخاصة الشهر الأخير لتحدد مدى ممارستك لكل نشاط منها. يعني خلال الشهر الأخير هل مارستها؟ وإذا كان كذلك فكم مرة؟ استعن بالمقياس التالي:

صفر ـ لم يحدث هذا النشاط ولم أمارسه بالمرة خلال الشهر الأخير.
1 ـ حدث ذلك مرات قليلة (من 1 ـ 6 مرات) خلال الأيام الـ 30 الأخيرة.
2 ـ حدث ذلك مرات كثيرة (7 مرات أو أكثر) خلال الأيام الـ 30 الأخيرة.

- وبهذا يكون لديك وبالنسبة لكل نشاط ذكرته درجتان: درجة شيوعه في حياتك، ودرجة ما يثيره لديك من بهجة أو سرور. خذ مثلا الذهاب إلى مشاهدة مسرحية أو فيلم. قد تنظر إلى هذا النشاط على أنه يثير سرورك بشكل مؤكد (أي أعطيته درجتين على مقياس السرور)، ولكنك أعطيته صفرا على مقياس الشيوع، أي أنك لم تمارسه ولو مرة واحدة خلال الشهر الأخير... وهكذا بالنسبة لكل فقرة أو نشاط.

- ستتمكن بعد ذلك من توزيع هذه النشاطات مجتمعة وفق ثلاثة أنماط تقريبا:

1 ـ نشاطات قليلة الشيوع/ غير سارة.
2 ـ نشاطات قليلة الشيوع/ سارة أو سارة جدا.
3 ـ نشاطات شائعة/ غير سارة.

- يجب هنا وبعد قراءة هذا الجدول، وبعد حصر النشاطات بالطريقة السابقة أن تعد قائمة أخرى تسمى قائمة المكافآت الذاتية، وهذه يجب أن تشتمل على كل أنواع المكافآت الشخصية التي ترى أنك تستحقها، إذا ما حققت إنجازا واضحا في ممارسة النشاطات السارة. حدد هذه المكافآت بحيث يرتبط أداؤها سلبا بالاكتئاب والقلق. فمثلا يذكر «أنتون وزملاؤه» (Anton, et al.1976) نماذج من هذه المكافآت الذاتية اشتملت على:

- التنزه في المدينة نصف ساعة.
- الذهاب إلى مكتبة.
- مشاهدة فيلم.
- التنزه مع الأطفال.
- تناول فنجان شاي أو قهوة في مقهى أو كافتيريا.
- شراء مجلة تحبها.
- الذهاب لحضور محاضرة عامة.
- مشاهدة مسرحية أو فرقة موسيقية.

- تناول طعام الغذاء أو العشاء بالخارج.
- دعوة صديق إلى مشروب أو طعام.
- زيارة متحف.
- الذهاب إلى الأسواق.
الاتصال الهاتفي بشخص عزيز... الخ.

- ثم تجيء بعد هذا فترة مراقبة ذاتية لسلوكك خلال أسبوعين أو عشرة أيام على الأقل. تقوم خلالها بتسجيل كل النشاطات التي تقوم بها خلال هذه الفترة. لتحدد على نحو دقيق خطك القاعدي أي متوسط ممارستك لكل الأنشطة السارة وغير السارة. وهذه خطوة مهمة لأنها ستمكنك في المستقبل من تقدير مدى تقدمك في الخطة العلاجية. كما أنها ستطلعك على نحو واضح على الشروط الشخصية أو الخارجية، التي تمنعك من ممارسة نشاطات سارة، أو تلك التي تدفعك إلى نشاطات غير سارة. ثم تأتي بعد هذه مرحلة الممارسة المنتظمة للنشاطات السارة، سواء تلك التي تمارسها هذه الأيام بالفعل أو تلك التي لا تمارسها على نحو مطرد أو متكرر. ابدأ بشكل بطيء، وحاول أن تحقق على المستوى اليومي تقدما معتدلا في معدل النشاطات السارة بالمقارنة بالخط القاعدي، أو بالمعدل العادي قبل بدئك للبرنامج. من المهم لكي تحقق فائدة ممكنة أن تخصص (كتابة) مكانا خاصا ووقتا معينا. وكن متأكدا أنك لن تكون خلال هذا الوقت مشغولا أو مرتبطا بشيء يشغلك. من الممكن تعديل البرنامج بالطبع حسب الظروف، ولكن في كل الأحوال كن متسقا.

- حدد هدفا تصل إليه كل أسبوعين. يمكن أن يتضمن الهدف زيادة في كمية النشاطات السارة التي ستؤديها خلال الأسبوعين القادمين، أو في كمية الوقت الذي ستمنحه للنشاطات السارة. صغ الهدف على نحو إيجابي وقابل للتحقيق، أي حاول أن تكون واقعيا، بحيث لا تسمح مثلا لنشاطاتك السارة بأن تهبط عن معدلها، أو أن تعمل على زيادة الوقت لبعض النشاطات السارة لفترات قصيرة يوميا.

- كافئ نفسك على كل ما تحققه من إنجازات في الوصول إلى حد معقول من النشاطات السارة. إنك لا تقوم بشيء بسيط. ونقترح من ناحيتنا، أن تعد قائمة شاملة بالمكافآت الذاتية التي ترى أنك تستحق الحصول

عليها، مستعينا بالقائمة التي سبق ذكرها.

- مرحلة تقييم الأداء، وتتضمن نقاطا منها: هل تسير الخطة على النحو المرغوب فيه الذي ترجوه لها، وإذا كانت تسير على النحو المرغوب فهل تؤثر إيجابيا في سلوكك ومزاجك الشخصي. قد تجد في البداية أن النتيجة ليست كما ترغب، في مثل هذه الأحوال من المهم أن تظل متابعا للخطة، فالدنيا لم تبن في يوم، وما تكون في سنين سابقة وتراكمات ليس من الطبيعي أن نتوقع منه أن يختفي في أيام أو ساعات معدودات. من المهم أن تتحول تدريجيا إلى ممارسة نشاطات تبعث على السرور ومضادة للاكتئاب، إلى أن تتحول إلى عادة شخصية قوية يصعب تحطمها عندما تلوح بوادر أي أزمة أو عقبة (انظر الإطار الشارح 1 ـ 17، للاطلاع باختصار على خطوات تنفيذ النشاطات السارة).

عوامل تيسر، وعوامل تعسر التقدم في الممارسة:

من المهم أن تكتشف ما يعيقك عن ممارسة هذا الجزء الحيوي من الحياة، الذي من شأنه أن يزيد من حيويتك وتقبلك للحياة بطريقة متفائلة، وتعينك على مقاومة الاضطراب ومشاعر الاكتئاب. هذه العوامل قد تكون شخصية في شكل أفكار خرقاء غير عقلانية، تحملها أنت عن مفهومك الشخصي عن السعادة والسرور، إذا عاملتهما بوجهة نظر سلبية ولا ترى فيهما ضرورة. قد ترى أن السرور والبهجة أشياء لا تليق، وليست علامة على الجدية، وقد تراها علامة على خلو البال وأن الإنسان المسؤول هو الإنسان المشغول بهمومه وهموم البشر. وقد ترى أن من غير اللائق أن حدد، لثلاث مرات في اليوم (الصباح، الظهر، المساء) مكانا هادئا. اجلس بهدوء واسترخاء، وتدرب على القيام بالنشاط المذكور بطريق التخيل. ثم قم بالتنفيذ العملي للنشاط المذكور. استمر في ذلك كل يوم، إلى أن تتمكن من غرس هذا النشاط في جدولك اليومي أو الأسبوعي. تبعث في نشاطاتك بعض السرور لأنك تدربت، وتعلمت في السابق أن تنظر إلى السعادة على أنها مرادفة للتعطل، وعدم المسؤولية. لهذا فالخطوة الأولى التي يجب أن تبدأ بها هي أفكارك الشخصية، لتمتحن معتقداتك غير العقلانية. فكل ما تنسجه من هذه الرؤى غير صحيح،

إطار شارح 1 ـ 17

خطوات لزيادة معدل النشاطات السارة في الحياة

1 ـ اختر ستة أنشطة سارة (إما بالاستعانة بقائمة النشاطات المرفقة، أو ستة أنشطة جديدة تعتقد أنها تثير المتعة والسرور).

2 ـ الهدف أن تقوم بأدائها خلال الأسبوعين القادمين.

3 ـ من بين الأنشطة التي اخترتها: ثلاثة يمكنك القيام بها بمفردك وثلاثة يمكن القيام بها بالاشتراك مع آخرين.

4 ـ كل نشاط منها يفضل أن يستغرق أداؤه 10 دقائق أو أكثر، ولكن أداء كل منها سهل ويسير خلال اليوم.

5 ـ ضع كل نشاط ستقوم به في استمارة بالشكل الآتي:

اسم النشاط المعد للممارسة:..

تاريخ البدء في الممارسة:..

هذا النشاط ممتع لي لثلاثة أسباب هي:..............................

- ....

- ....

- ....

وليس بالضرورة أن تكون ممارستنا لما يسر معارضة لمسؤولياتنا والتزاماتنا نحو أنفسنا وأفراد أسرتنا والآخرين. والأحرى أن يقال إن الإنسان المبتهج والراضي عن نفسه، والذي يحصل على مصادر متنوعة من الإشباع، أكثر قدرة ويحمل طاقة أكبر على القيام بأهداف إنسانية أعمق وأكثر انتشارا.

ومن العقبات أيضا، وجود نشاطات غير سارة يجب أن نمارسها بالرغم من أنها لا تبعث على سرورنا. فقد لا تجد سيدة المنزل سرورا أو متعة في القيام بالواجبات المنزلية المطلوبة. والمدرس قد يجد في تقديم دروسه عبئا غير باعث على سروره. لكن هذه نشاطات يجب أن تمارس، لا لشيء إلا لأن ممارستها بالرغم من عدم السرور تمنع نتائج غير سارة، مثل الإحساس بالتقصير في الواجب، والشعور بالذنب والإحباط، والتعرض للمساءلة في مجالات العمل أو الحياة. بعبارة أخرى يجب أن تتم النشاطات السارة

بتوازن دقيق وجنبا إلى جنب، مع القيام بأداء الواجبات الأخرى الضرورية للعمل وللشخص وللأسرة، حتى لو كان الفرد لا يشعر بمتعة في أدائها.

فضلا عن هذا فليس من الضروري أن ننخرط في عدد ضخم من النشاطات السارة، إذ ليس من المطلوب أن تذهب يوميا إلى المسرح، أو السينما، أو تشاهد التلفزيون على نحو متواصل. وليس من المطلوب أن يكون جل وقتك مع الأصدقاء والأهل. ممارسة النشاطات السارة بهذا الشكل تشكل عبئا وضغوطا على الإنسان، وربما تعيقه عن أداء نشاطات سارة أخرى. لهذا فكل المطلوب أن تختار عددا محدودا من هذه النشاطات، بحيث لا يستغرق أداء أحدها أكثر من حوالى 10 دقائق.

وعليك أن تكون مستعدا أيضا لتغيير قائمة النشاطات السارة، مع تغيرات الحياة. فقد نصل إلى مرحلة أو نمر بظروف أو ننتقل إلى أماكن، لا نجد فيها أو عندها مصادر السرور هي نفسها كما في السابق. هنا يجب أن نعدل من قوائم النشاط المرغوب فيه. فمثلا عندما انتقل كاتب هذه السطور من موطنه الأصلي ليستقر في مجتمع أجنبي بالولايات المتحدة، وجد أن جزءا من النشاطات السارة أو التي كانت تبعث على سعادته قد تغيرت، بما فيها الأصدقاء واللغة والأهل والعادات، والعلاقات الاجتماعية المختلفة التي كان يعيشها في موطنه الأصلي. لقد كان من الضروري له هنا أن يعيد تفسيره للأحداث السارة، وأن يعيد بناء قائمة جديدة غير تلك التي كانت تسود في فترة سابقة من الحياة. خذ مثالا آخر، حالة الأم التي كانت تحصل على متعة خاصة، وبهجة من القيام بدورها بصفتها أما تعد الطعام لأطفالها، وترعاهم. ولكن هاهم أطفالها الآن قد كبروا وأصبح لكل منهم أسرة وزوجة تقوم بواجباتها نحوه. لقد اختفى هنا مصدر رئيسي وأساسي من مصادر البهجة في حياتها، ولا يمكنها أن تستعيده إلا بمراجعة حساباتها وخلق شروط جديدة، تبعث على تحقيق السرور والبهجة والنشاط المطلوب.

ولعل من أسوأ المعوقات، ذلك الذي يتعلق بتدخل القلق في أداء النشاطات السارة. إن مدى شعورك بالراحة والبهجة من النشاطات التي تؤديها ليس بالدرجة التي ترجوها بسبب تدخل القلق، أو عدم هبوط معدل القلق لدرجة تفسح المجال للممارسة الصحية والمسترخية للنشاطات المرغوب

فيها. (مثال: أن تدعى إلى حفل أو لقاء عند شخص تحبه، ولكنك تعلم في هذا الوقت أن هناك شخصا آخر لا تحمل له مشاعر الود سيكون حاضرا لهذا اللقاء، ولهذا يتعطل شعورك بمتعة اللقاء بسبب التفكير والانشغال والقلق من لقاء هذا الشخص الكريه بالنسبة لك). ولهذا فمن المهم أن يتدرب الشخص في مثل هذه المواقف على الاسترخاء والتفكير العقلاني، بشكل يسمح له بالتخلي عن دفع ضريبة انفعالية باهظة، قد تكون نتيجتها عدم ممارسة هذا النشاط على الإطلاق.

ومن الناس من يرى أن هذه الأساليب قد تبدو غير واقعية، وأنها لا تصل إلى أعماق مشاعره الحقيقية، أو أنه يبرر كسله عن ممارستها بأنه لا يملك الوقت، وأنه لا يحتاج إلى السرور في حياته، وأن رغبته في ذلك قد ماتت من زمن... الخ. هذه الحجج، وهذه الإدراكات السلبية للفنيات المعاصرة في العلاج السلوكي، تمثل إحدى العقبات الرئيسية في تخلص الفرد من مشاعر اكتئابه، أو أي شكاوى نفسية أخرى. ويذكرني ذلك بأحد الزملاء المتخصصين في الطب النفسي، وقد كان يشكو من مشكلات متعلقة بابنه الذي كان في السابعة من العمر. فلقد اشتكى هذا الأب ـ الطبيب ـ من أنه يعاني من وجود مشكلات سلوكية في الابن وصفها بالعدوان وتحطيم الأثاث، والنشاط الحركي الزائد، وأنه وهو الطبيب ـ المتخصص في هذا الموضوع ـ قد عجز تماما عن معالجة هذه المشكلات، وأنه كان يرغب في لقائي منذ زمن لأساعده على المعالجة السلوكية لهذه المشكلات، ولكن ما منعه عن ذلك شيئان أو تفسيران: الأول هو شعوره بالحرج من أنه وهو الطبيب المتخصص في الطب النفسي، قد فشل فشلا ذريعا في علاج أحد أفراد أسرته، والثاني أن العلاج السلوكي يحمله على القيام بأداء نشاطات، ومسؤوليات لا يتسع وقته لأدائها. وكلا التفسيرين يتسمان باللاعقلانية، لأنهما لا يعالجان المشكلة الحقيقية التي زادت من تعاسة الأسرة، كما أنهما لا يسمحان له بالاستفادة الجادة من العلاج، بالخوف من بذل المجهود للقيام بعمليات تعديل رئيسية في العلاقات الأسرية. وما وضعه هذا الزميل من تبريرات يعتبر مثالا واقعيا وحيدا لأحد العوامل الرئيسية التي تعيق العلاج النفسي والسلوكي، وهو ما أميل إلى تسميته بالتفسير غير العقلاني للأساليب السلوكية. ولهذا يعتبر التخلص من أمثال هذه الأساليب

اللاعقلانية من التفكير، أحد العوامل الرئيسية لكي يتحقق الوصول بالأهداف العلاجية إلى أقصى درجاتها فاعلية. فضلا عن أن هذا النوع من التفسيرات قد يؤجل من طلب العون، كما يؤجل أيضا من تنفيذ المطلوب من الأساليب العلاجية، والمشاركة في تحمل نجاح العلاج.

والآن انظر إلى مختلف النشاطات التي يلخصها لك جدول ١ ـ ١٧ التالي، وابدأ في تنفيذ ممارسة النشاطات السارة، وفق الخطوات التي مرت عليك في الصفحات السابقة.

جدول ١ ـ ١٧

نشاطات سارة تؤثر إيجابيا في المزاج
وتتعارض مع الاكتئاب

١ . تفاعلات اجتماعية:

- ابحث أو اتصل بصديق قديم.
- اجتمع مع مجموعة من الأصدقاء.
- عبر عن شيء إيجابي فيك.
- اجتمع مع من تحب.
- عبر عن تأييدك العلني لرأي جيد.
- قلل من إلحاحك على شخص آخر.
- اطلب من صديق أو زميل أن يساعدك في معالجة أمر يهمك.
- قم بمداعبة طفل أو حيوان.
- تعرف على طريقة صناعة أو عمل شيء تؤديه الزوجة أو الزوج.
- قم بتنظيم لقاء (أو حفل) مع أصدقاء.
- لاحظ الآخرين.
- ادخل في مناقشة صريحة.
- عبر عن حبك أو إعجابك بشخص آخر.
- اجتمع مع أشخاص متحمسين.
- قم بزيارة سريعة لأحد الوالدين أو المقربين.
- قم بعمل تطوعي لخدمة آخرين.
- سجل أشياء إيجابية فعلتها اليوم (أو الأسبوع الماضي أو الشهر أو

العام الماضي).
- أصغ بانتباه وتفهم لشخص لم تكن تحبه.
- سجل أشياء إيجابية تود عملها اليوم (أو هذا الأسبوع أو الشهر أو العام).
- تعرف على ما حصله أبناؤك في المدرسة اليوم.
- امتدح شيئا إيجابيا في شخص آخر.
- أنصت للقرآن الكريم بتركيز.
- عبر عن عرفانك بالجميل.
- اخلق مناقشة حية.
- تعرف على شخصية جديدة.
- امنح بعض الوقت لمساعدة محتاج.
- ادع صديقا إلى كوب من الشاي أو القهوة.
- تعرف على ما سيفعله أبناؤك اليوم.
- تطوع لمساعدة شخص يحتاج إلى المساعدة أو النصح.
- افعل شيئا يثير الحب.

2. إنجازات ونشاطات شخصية

- اقرأ شيئا جديدا.
- خطط لرحلة أو إجازة.
- تعلم شيئا جديدا.
- ابحث عن كتاب جديد.
- اكتب خطابات مؤجلة.
- عبر عن فكرة أو رأي بوضوح.
- اكتب رأيك في مقال قرأته في الجريدة.
- اكتب عن شيء يعجبك في شخصية تقدرها.
- اكتب أو اتصل لتسأل عن شيء تريد اقتناءه.
- قم بتنظيم شيء مؤجل في مكان عملك.
- تعلم بعض الخطوات لاكتساب مهارة معينة.
- تعرف على مصادر الإعجاب فيك وسجلها.

- اقرأ سورا من القرآن.
- اقض وقتا في عمل شيء بكفاءة.
- اكتب فكرة عنت لك.
- ابعث برأيك إلى صحيفة أو مجلة.
- قم بتنظيم شيء مؤجل في منزلك.

3. نشاطات معارضة للاكتئاب

- اجتمع مع أشخاص سعداء.
- اضحك بعمق.
- شاهد منظرا جميلا وركز عليه.
- قل شيئا جميلا أو سارا للمقربين منك.
- ارتد غيارا أو ملابس نظيفة.
- استمع للقرآن.
- تحدث عن شيء سار أو مرح.
- شاهد شيئا تحبه خارج المنزل.
- قم بإعداد شيء تحبه.
- تناول طعاما أو شرابا بالخارج.
- اجتمع مع أشخاص متحمسين.
- اقض بعض الوقت في مشاهدة الطبيعة.
- تحدث بإعجاب عن بعض منجزاتك.
- اشعر بوجود الله ورعايته في حياتك.
- تناول طعاما أو شرابا تحبه.
- ابتسم للآخرين.
- اشتر شيئا تحبه.
- اقتطع وقتا للفراغ.
- شاهد الشمس أو اجلس في مكان مشمس.
- نم بعمق.
- كون صورة ذهنية لشخص أو مكان جميل أعجبك.
- قل شيئا مسليا أو استمع إليه.

- ارو أطروفة أو نكتة.
- استرخ بعض الوقت.
- استحم أو اسبح.
- تنفس هواء طبيعيا ونقيا.
- استمع لأغنية تحبها.
- اشتر شيئا لشخص تحبه.
- تخيل موقفا مع شخص تحبه.
- تخيل شيئا جديدا سيحدث في المستقبل.
- اشعر بأهمية وجودك للآخرين.
- مارس الاسترخاء.
- كافئ نفسك على إنجاز بعض النشاطات السابقة يوميا.

18 معالجة أخطاء التفكير وتعديل أساليب التفسير

تتطلب عملية تعديل أساليب التفكير، وعملية التعديل المعرفي في عمومها، أن نقوم بخطوات منظمة لتحديد المواقف أو الخبرات المرتبطة بالإثارة الانفعالية والاضطراب الاكتئابي، ثم أن نحدد تفسيراتنا لهذه المواقف، وفق الخطوات المنهجية التالية:

أولا: تحديد الخبرة أو الموقف المرتبط بالحالة النفسية:

حدد أولا الخبرة أو الموقف المباشر، الذي يرتبط حدوثه بالحالة الانفعالية السيئة التي تشعر بها... قد يكون هذا الموقف شيئا من هذا القبيل:

- افتقاد الأهل.
- رحيل أحد الأصدقاء.
- هجر أو انفصال عن شخص حبيب إلى النفس.
- فشل في الدراسة.
- فشل في علاقة عاطفية.
- مرض ألم بي.
- مرض أو وفاة أحد أفراد الأسرة.

- كارثة مادية.
- تورط في قضايا قانونية أو اجتماعية.
- رفض خارجي لالتماس عمل أو زواج أو خطبة...
- رفض التماس تقدمت به لطلب ما.
- مشكلات مهنية أو دراسية حدثت لأحد أفراد أسرتي المقربين.
- مشاحنات أسرية.
- خلافات في العمل.

ثانيا: تسجيل الحوارات الذاتية وتفسيرك الآلي للموقف:

سجل الحوارات التي دارت بذهنك وتفسيراتك المختلفة لها، لنفرض مثلا أن الموقف الذي أثار الاضطراب تعلق بتوجيه نقد لك أو تجاهل رئيسك لك في العمل. من ثم فقد تسير تفسيراتك على النحو التالي:

1 - إنه ينتقد عملي لأنه يكرهني أو أنه غاضب مني.
2 - إنه ينتقد عملي لأن شيئا خطيرا يتم في الخفاء ضدي.
3 - إنه ينتقد عملي لأنني إنسان تافه وفاشل بالفعل.
4 - إنه ينتقد عملي لأنه إنسان لا يعرف حدوده، فمن هو ليفعل ذلك.
5 - إنه ينتقد عملي لأن إنسانا وشى له بشيء خطير، وأعرف من هو.
6 - إنه ينتقد عملي لأنه إنسان غير عادل، ويجب أن يقوَّم.
7 - إنه ينتقد عملي لأنه ظالم، ولهذا يجب ألا يكون في هذا الموقع القيادي.
8 - ربما لأن عملي يحتاج فعلا إلى التعديل.
9 - إنه يفعل ذلك كعادته مع الكثيرين.
10 - إن سلوكه هذا لا يعجبني.
11 - ربما لأن لديه همومه الخاصة به.
12 - هو حر على أي حال.
13 - إنه يقوم بدور لابد منه.
14 - لأنه قد لا يعرف قدراتي معرفة حقيقة.
15 - لأنه يتعرض لضغوط أخرى هذه الأيام.
16 - لأن طبيعة العمل تحتاج إلى تقييم أوجه القوة والضعف، والعمل

عمل.

ثالثا: تحديد التفسيرات السلبية:

من بين التفسيرات السابقة حدد أيها عقلاني، وبناء، وأيها غير عقلاني وسلبي. وغني عن الذكر أن التفسير العقلاني هو التفسير الملائم للصحة النفسية، أي التفسير الذي يشجع على الهدوء، وعدم الانزعاج، ولا يؤدي إلى إثارة مشاعر الاضطراب والقلق والاكتئاب (في المثال السابق يتمثل في التفسيرات من 8 ـ 16). أما التفسير اللاعقلاني فهو على العكس يثير الإزعاج، ويضخم من مشاعر الإحباط، واليأس، ويمهد السبيل لكثير من التصرفات غير الملائمة للموقف بما فيها الغضب الشديد، والعدوان، والعزلة، والاكتئاب، والقلق، ومن الملاحظ أن التفسيرات الثمانية الأولى جميعها من هذا النوع، لأن بعضها يثير الاكتئاب (أنا غير محبوب، أنا إنسان تافه وفاشل بالفعل)، وبعضها يثير القلق من المستقبل (شيء خطير يتم ضدي، عملي سيصبح مهددا)، وبعضها يثير الشك في الآخرين، ويمهد الطريق للمقاطعة وعدم التواصل بالآخرين (إنسان وشى له بشيء خطير، وأعرف من هو)، وبعضها يثير الغضب والعدوان (من هو ليفعل ذلك؟ يجب أن ألقنه درسا على فعلته...)، وهكذا.

وهناك أكثر من طريقة لتحديد أنواع التفكير السلبي (غير العقلاني) التي تسود تفكيرك، وتفسيرك للأمور. وأبسط هذه الطرق أن تحاول أن تتعقب الفكرة الخاطئة من خلال عملية استبطان أو ملاحظة الذات، ومراقبة الفكرة الأولى التي تطفو على الذهن عندما تجد نفسك قلقا أو مكتئبا بعد مواجهة موقف معين. ومن هذه الطرق استخدام المقاييس والاختبارات المعدة خصيصا لهذا الغرض، أي لتحديد كمية الأفكار الخاطئة التي تغلب عليك، أو تلك التي تتسم باللاعقلانية والسلبية. وقد انتقيت للقارئ فيما يلي بعض العبارات التي أخذتها من العبارات التي عادة ما يرددها مرضى، ويفسرون بها الأحداث التي تواجههم، قبل الدخول في عمليات العلاج النفسي، كما استخلصت بعضها من مقاييس الشخصية التي تصلح لهذا الغرض. اقرأ كل عبارة منها وأجب عليها بـ «نعم»، إذا كانت تنطبق عليك، أو «لا» إذا كنت لا تشعر بأنها تنطبق عليك. كن أمينا مع نفسك، لأن

الهدف هو أن تكتشف مصادر مهمة من التفكير في حياتك مما سيكون له أعمق الأثر في تغيير حياتك، ودفعها إلى المزيد من التوجه الصحي، والاتزان النفسي:

جدول 1 ـ 18

مقياس أنماط من التفكير السلبي

1 ـ أشعر بأنني إنسان مقهور.
2 ـ أنا إنسان مغلق على نفسي.
3 ـ أشعر بأنني ضعيف جنسيا.
4 ـ أنا من النوع الخواف.
5 ـ من ليس معك فهو ضدك.
6 ـ الدنيا مصالح شخصية وحسب.
7 ـ لا يوجد حب في هذا العالم.
8 ـ أشعر بأنني ضعيف الشخصية.
9 ـ حياتي تضيع هباء منثورا.
10 ـ لا أحد يحبني.
11 ـ سأنتهي إلى أن أعيش وحيدا ومعزولا.
12 ـ لم يعد أحد يهتم بالصداقة هذه الأيام.
13 ـ لا قدرة لي على الصبر (أو لا أحتمل الصبر).
14 ـ عادة ما أميل إلى تأجيل البت في القرارات المهمة.
15 ـ أحتاج إلى إنسان قوي أستند إليه وأحتمي به.
16 ـ أتجنب القيام بالأشياء التي لا أستطيع عملها جيدا.
17 ـ أحب أن أستشير قبل أن أقوم بأي عمل أو قرار مهم.
18 ـ لم يعد هناك ما يجدي.
19 ـ مسكين من ليس له ظهر يحميه.
20 ـ زد عن الناس بعدا يزد احترام الناس لك.
21 ـ لا تتدخل فيما لا يعنيك.
22 ـ من الغباء أن أتصرف بالطريقة التي تصرفت بها.

23 ـ ربما يجب أن أوضع في مستشفى للأمراض العقلية.
24 ـ الحياة أقصر من أن نضيعها في فراغ وتفاهات.
25 ـ لا يمكن لهذه الحياة أن تصلح جيدا إلا إذا تخلصنا من الأشرار والفاسدين.
26 ـ أي شخص يعتقد أنني لطيف، لا يعرفني على حقيقتي القبيحة.
27 ـ لا فائدة من الحياة، (أو الوجود عبث).
28 ـ شكلي قبيح.
29 ـ لا يوجد من يفهمني (لا أحد يفهمني، أو سيفهمني).
30 ـ لا أستطيع أن أعبر عن مشاعري.
31 ـ لن أصل أبدا إلى ما أريد أو أطمح إليه.
32 ـ أنا إنسان عاجز عن الحب.
33 ـ أنا إنسان تافه.
34 ـ كل شيء يحدث بسبب خطأ مني.
35 ـ تحدث لي أنا بالذات كثير من المصائب.
36 ـ لا أستطيع أن أفكر في أي شيء يدعو للسرور والبهجة.
37 ـ ليس لدي شيء له قيمة أو فائدة.
38 ـ من القسوة أن ننجب أطفالا، لأن الحياة لا تستحق العيش فيها.
39 ـ لن أتخلص من الاكتئاب.
40 ـ إنني جدير بمعاملة خاصة.
41 ـ لا توجد لدي قوة إرادة (أنا إنسان ضعيف الإرادة).
42 ـ وصلت الأمور إلى درجة من السوء بحيث لم يعد من المجدي عمل أي شيء.
43 ـ أتمنى لو أنني ميت.
44 ـ أعتقد أنهم يتكلمون عني بالسوء.
45 ـ الأمور ستسوء أكثر فأكثر.
46 ـ أنا إنسان مندفع، وحاد المزاج.
47 ـ أنا إنسان أخرق لا يحسن التصرف في المواقف الصعبة.
48 ـ مهما حاولت، فالناس لا ترضى.
49 ـ التصرف مع الناس يحتاج إلى شخص غيري أكثر صبرا عليهم.

50 ـ لا أستطيع أن أتحمل التفاهات والتنكيت.
51 ـ الحياة غير عادلة.
52 ـ لن أنجح أبدا في تكوين أصدقاء حقيقيين.
53 ـ أخشى أن أتخيل ما ستكون عليه حياتي بعد 10 سنوات من الآن.
54 ـ هناك شيء خاطئ فيَّ أو في شخصيتي.
55 ـ أنا إنسان أناني، وسيئ الطبع.
56 ـ ذاكرتي سيئة.
57 ـ يذكرني الناس بالسوء.
58 ـ تجرح مشاعري بسهولة.
59 ـ أنا سيئ الظن.
60 ـ لا أجد من يحبني بحق.
61 ـ هناك محاولة للانتقام مني.
62 ـ الناس من حولي يعاملونني كما لو كنت عدوا.
63 ـ إلحاحات الناس لا تتوقف.
64 ـ وجدت أن من الأفضل أن أتجاهل المشاكل إلى أن تحل نفسها بنفسها.
65 ـ لا أقبل أن يظن الناس بي سوءا.
66 ـ من الفظيع أن يحمل الناس المهمون عنك انطباعا سيئا.
67 ـ إذا صدر مني ما يدل على عدم احترامي، وتعاطفي، وإشفاقي على الآخرين، فأنا إذن إنسان سيئ.
68 ـ أشعر بأنني إنسان سيئ إذا حابيت شخصا دون وجه حق.
69 ـ لا أشعر بالرضا عن نفسي والسعادة إلا إذا كنت مصدرا لإعجاب من هم حولي.
70 ـ أشعر بأن من يعارضني في الرأي لا يحبني.
71 ـ سيفقد الشخص احترام الآخرين له إذا ما أخطأ.
72 ـ إذا لم يكن الإنسان ناجحا، فحياته كعدمها.
73 ـ من المهم أن أبدو الأحسن في أي شيء أقوم به، وإلا فلن أفعله.
74 ـ الانعزال عن الناس فترة طويلة يؤدي إلى الإصابة بالوحدة والعزلة.
75 ـ البعد عن الناس غنيمة ومكسب.

76 ـ يخجلني أن أبدو ضعيفا.
77 ـ من المهم لي أن أكون محبوبا لكل من يعرفني.
78 ـ يهمني للغاية ما يظنه الناس عني.
79 ـ من المهم ألا أغضب.
80 ـ إظهار الحب ضعف.
81 ـ ستنهار منزلتي وسمعتي بين الناس إذا ارتكبت أي خطأ.
82 ـ من المهم لي أن أعرف كيف يظنون بي.
83 ـ إذا لم تكن لديك واسطة قوية فلن تصل إلى ما تريد.
84 ـ النجاح أهم من أي شيء في الدنيا.
85 ـ لدي مهارة خاصة لفهم مشاعر الناس نحوي.
86 ـ لولا ما تعرضت له من تجارب سيئة في طفولتي لما وصلت أموري إلى ما هي عليه من سوء.
87 ـ أتمنى لو أن أبي كان أكثر وعيا باحتياجاتي.
88 ـ إنني أعرف أن المستقبل سيكون أسوأ من الحاضر.
89 ـ من المهم بالنسبة لي أن أعرف نقاط ضعفي بين الحين والآخر.
90 ـ طفولتي كانت مليئة بالتعاسة.

(العبارات السابقة مقتبسة من عبارات كان يرددها المرضى أنفسهم في الجلسات الأولى من العلاج (أي وهم في حالات الاضطراب، كذلك انتقينا بعض العبارات من مقاييس أنماط التفكير thinking patterns (Lewinsohn, et. al, 1991, pp.219-223)، والاتجاهات غير الفعالة Dysfunctional Attitudes scale (Williams, 1992, p.102)، كذلك من مقياس بيك لليأس Beck Hopelessness Scale (Quoted in Williams, 1992, pp.104-105)، واستبيان المعتقدات Beliefs Inventory (Davis, Eschelman, & McKay,1993,).

رابعا: سجل المشاعر التي تتملكك نتيجة للتفسير اللاعقلاني:

ضع النتائج الانفعالية والأحاسيس غير المرغوب فيها التي يمكن أن تحدث نتيجة لتفسيراتك الخاطئة. فقد تكون النتائج الانفعالية لتفسيرك الخاطئ لسلوك رئيسك هذا الصباح: شعورا بالاكتئاب والتقليل من قيمة الذات، كأن يستنتج الشخص من هذه الحادثة: «إنني إنسان فاشل

بالفعل ولا أصلح لشيء». وقد تكون الحالة السائدة هي الغضب الشديد على الرئيس، إذا ما كانت النتيجة التي خرج بها الشخص من هذا الموقف في شكل عبارات يرددها في داخله، مثل: «هذا الأحمق المغرور، كيف يجرؤ على هذا التصرف؟».

خامسا: سجل النتائج السلوكية التي نتجت أو قد تنتج عن تفسيرك اللاعقلاني:

ضع النتائج السلوكية غير المرغوب فيها التي يمكن أن تحدث نتيجة لتفسيراتك الخاطئة. فقد تكون النتائج السلوكية غير المرغوب فيها: العدوان أو إظهار الاحتقار للرئيس، أو مخاوف، أو أرقا بالليل وتوترا شديدا، وتفكيرا في الاستقالة من العمل. وللمساعدة على تنظيم هذه الخطوات، نقدم هنا استمارة يمكن تصويرها واستخدامها في ضوء الخطوات الست السابقة (انظر الاستمارة المرفقة).

سادسا: دحض الفكرة السلبية وتفنيدها واكتشاف ما فيها من خطأ:

الآن، وبعد تحديد الأفكار والمتغيرات الخاطئة، وآثارها العصابية في السلوك والأفعال، يصبح الطريق ممهدا للقيام بعملية دحض وتفنيد للآراء الخاطئة والتفسيرات اللاعقلانية، بأن نضعها في شكل أسئلة أو تساؤلات منطقية. ويهدف الدحض إلى إطلاعنا على الجوانب السلبية أو المبالغ فيها من التفكير. وبالتالي يكون الطريق ممهدا لنستبدل بها أفكارا واقعية ومعقولة تلائم الموقف. وسنلاحظ أن فحص الأفكار الخاطئة قد ينتهي بنا إلى اعتقادات واقعية عاقلة، فضلا عن نتائج انفعالية وسلوكية معدلة ومعقولة.

والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع (الذاتي أو من المعالج) يساعدنا على اكتشاف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدي، وأننا باستمرارنا في تبنيها لا نكرر اضطراباتنا وأخطائنا بحذافيرها فحسب، بل إننا سنعمل على زيادتها وقوة تأثيرها. ومن ثم فإن التغير في المعرفة غالبا ما تنعكس آثاره في مجال الفعل والشعور. ويحدث شيء من هذا القبيل في حالة الاكتئاب، فكلما ازداد وعينا وتبصرنا بأن هناك بدائل عقلانية صحيحة، ازدادت جاذبية تلك الأفكار الصحيحة واحتمال تبنيها

أسلوبا دائما وجديدا في الشخصية.

ومن المهم هنا أن نشير إلى أن النتائج التي تثبت فاعلية الاقتناع والدحض في تغير الاتجاهات دلائل قوية. وعندما يحاول المعالج، أو الأستاذ، أو الموجه أو أي شخص آخر إقناع شخص معين بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الأشياء، وأن يتبنى أفكارا أكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية فإن من السهل لا أن نتبنى أفكارا جديدة ونافعة فحسب، بل إن فاعلية الإنسان الاجتماعية تزداد، وتتحسن قدراته على التوافق.

سابعا: التفسيرات والأفكار العقلانية التي ظهرت بعد عملية التفنيد والدحض:

سجل هنا التعديل الذي طرأ على تفكيرك نتيجة لعملية الدحض والتفنيد التي قمت بها. بما في ذلك التفسير الجديد للموقف، واتجاهاتك نحو نفسك ونحو الموقف الخارجي. والتفسير الإيجابي هو التفسير العقلاني الذي يدفع إلى الهدوء النفسي، والتسامح، والقيام بمحاولات نشطة للتغيير من الظروف الخارجية السيئة.

وإذا كانت عملية الدحض ناجحة، فإن التفسيرات الناتجة ستكون عادة من النوع الإيجابي والعقلاني. والعبارات التالية في الجدول 2 ـ 18 تعطي أمثلة لأنواع التفسيرات العقلانية، كما يمثلها مقياس أنماط التفكير الإيجابي الذي تكونت عباراته من عبارات كان يرددها لنا المرضى أنفسهم، بعد نجاحهم في عمليات العلاج النفسي ـ العقلاني، فضلا عن عبارات مأخوذة من عدد آخر من المقاييس التي وجدنا أنها قد تتناسب مع الخطط العلاجية.

جدول 2 ـ 18

مقياس أنماط من التفكير الإيجابي

1 ـ الناس أحرار فيما يفكرون.

2 ـ لا يفكر كل الناس بطريقة واحدة.

3 ـ لا أشعر بأنني إنسان سيئ إذا اكتشف أحد فيَّ أو في عملي شيئا خاطئا.
4 ـ لن تكون نهايتي إذا فشلت في الحصول على ما أحب.
5 ـ غدا ستكون الأمور أفضل.
6 ـ من يحبك أحببه، ومن ينسك انسه.
7 ـ بيدي أن أغير اتجاهات الآخرين نحوي.
8 ـ قد تأتي الريح بما لا أشتهي.
9 ـ الحياة مليئة بالفرص وإمكانيات النمو.
10 ـ الحياة مشوقة.
11 ـ أملي كبير في المستقبل.
12 ـ فعلت ما علي والباقي متروك لله.
13 ـ إني أنسى الإساءة بسرعة.
14 ـ أنا محظوظ.
15 ـ السرور والبهجة مطلب أساسي لي.
16 ـ أحب الناس.
17 ـ بإمكاني أن أكون سعيدا في أي ظرف من الظروف.
18 ـ العزلة ضرورية لي بين الحين والآخر.
19 ـ حب الناس مكسب ولكنني أستطيع أن أعيش دون حب البعض.
20 ـ لا أستطيع أن أجعل كل من يعرفني يحبني.
21 ـ إذا فشلت هذه المرة فسأنجح في المرة القادمة.
22 ـ إذا نظمت وقتي جيدا، فستكون النتيجة مختلفة.
23 ـ أرجو ولكن ليس من المهم أن أشعر بمتعة العمل الذي أقوم به.
24 ـ العمل عمل، والمرح مرح.
25 ـ أشعر بأن الله يرعاني.
26 ـ أكره الناس المتسلطين، ولكنني أستطيع أن أتعامل معهم.
27 ـ ما حدث حدث.
28 ـ ليس بالضرورة أن أنجح في كل ما أفعله.
29 ـ حتما سيوجد بعض الناس أفضل مني في بعض الأشياء.
30 ـ توجد فيّ أشياء كثيرة جذابة وجميلة.

31 ـ إنني لا أستطيع أن أتحكم فيما يحدث، ولكني قطعا أستطيع أن أتحكم في تفكيري، ومشاعري نحوه.

32 ـ لا بأس في أن يشعر الإنسان بالاكتئاب أحيانا.

33 ـ التفكير في الأمور أسوأ من الأمور ذاتها.

34 ـ في الدنيا متسع لنموي، ونمو الآخرين من حولي.

35 ـ الإحباط والفشل لا يزعجانني.

36 ـ مصائب اليوم قد تكون لها فوائد في المستقبل.

37 ـ سأجد دائما من يحبني حتى ولو بدوت ضعيفا أو فاشلا في بعض المواقف.

38 ـ لن أتوقف عن محاولة تصحيح أخطائي.

39 ـ مواجهة المشاكل أفضل من الهروب منها أو تجاهلها.

40 ـ أنا شخص متفائل.

41 ـ أستطيع أن أشعر بالسعادة والثقة حتى لو أن بعض الناس المهمين في حياتي لا يحبونني.

42 ـ لا يزعجني أن يجدني البعض قليل (أو قليلة) الجاذبية.

43 ـ أنا مسؤول عما أفعل، ولكنني لست مسؤولا عما يفعله الآخرون.

44 ـ من حقي أن أفكر في مصلحتي الخاصة.

45 ـ لا أشعر بالضيق إذا اتهمني البعض بأنني أبحث عن مصلحتي الشخصية.

46 ـ لا أشعر بالذنب أو الخطأ إذا اهتممت بمتعتي الشخصية حتى ولو شعر البعض بالضيق والإزعاج.

47 ـ علي أن أحاول ولكن ليس بالضرورة أن أحصل على ما أريد.

48 ـ أثق في الناس، حتى إن عانيت من بعضهم.

49 ـ لولا ما تعرضت له من تجارب مؤلمة في الطفولة لما وصلت إلى النجاح الذي أحققه في حياتي.

50 ـ عادة ما أقبل الأشياء على ما هي عليه، حتى لو كنت لا أحب ذلك.

51 ـ طلب مساعدة الآخرين وعونهم لا يشعرني بالضعف.

52 ـ لا أحتاج إلى إذن خاص من أحد لأشعر بالاستمتاع والسعادة في حياتي.

53 ـ لا يوجد في طفولتي ما يثير إزعاجي.
54 ـ لا يوجد إنسان شرير تماما.
55 ـ بإمكان الإنسان أن يوقف نفسه عن الاستمرار في الغضب أو القلق.

(العبارات السابقة بعضها مقتبسة عن عبارات كان يرددها المرضى أنفسهم بعد انتهاء العلاج بنجاح، كذلك انتقينا بعض العبارات من مقياس الاتجاهات غير الفعالة (الشكلين الأول والثاني)، انظر Dysfunctional Attitudes scale (Williams, 1992, p.102)، كذلك أخذنا بعض العبارات من مقياس بيك لليأس Beck Hopelessness Scale (Quoted in Williams, 1992, pp.104-105).

ثامنا: تسجيل المشاعر المصاحبة للتفسير العقلاني البناء:

قد تتكون لديك مشاعر وانفعالات ملائمة نتيجة لتفكيرك العقلاني، من شأنها أن تساعدك على التكيف جيدا للموقف، أو القيام بمزيد من الجهد والنشاط لتعديل النتائج السلبية التي قد تكون مرتبطة بالموقف فسجلها، مثلا:

- شعرت بالأسف لهذا التصرف.
- سأعمل على المحاولة الصادقة لتحسين صورتي وعملي أمام رئيسي.
- سأطلب اللقاء به لأشرح له بعض إنجازاتي.

تاسعا: سجل النتائج السلوكية التي تنتج عن تفسيرك العقلاني:

سجل النتائج السلوكية التي تنتج عن تفسيرك العقلاني. ومن المفروض أن تكون النتائج السلوكية ذات جانب إيجابي، وتحفز على النشاط والعمل الإيجابي لمعالجة المشكلة، أو السيطرة على نتائجها السلبية بأقل قدر ممكن من الاضطراب النفسي، والاجتماعي، ومن الأمثلة على هذا النوع من السلوك بالنسبة للمثال الذي سبق ذكره، قد تأخذ النتائج السلوكية الإيجابية أمثلة من التصرفات الآتية:

- تجاهل الموقف إلى أن تستبين بعض الحقائق.
- العمل على تحسين عملي وأدائي.

- تحسين سبل الاتصال الاجتماعي بالآخرين.
- الاسترخاء.
- تجاهل الموضوع ونسيان الأمر.
- مزيد من النشاط والاتصالات لمعالجة الأمر.

أساليب تعديل طرق التفكير

راقب نفسك في بعض حالات الاكتئاب، ستجد كمية كبيرة من الأفكار السلبية تطفو على الذهن أكثر بكثير مما لو كنت في حالاتك المعتادة من الاعتدال المزاجي

. وبالرغم من أن هذه الأفكار قد تكون نتيجة لحالة الاكتئاب والاضطراب المزاجي، فإنها تؤدي بدورها إلى زيادة حدة الاكتئاب واستمراره.

وقد ذكرنا أن عملية تبادل التأثير بين الحالة الوجدانية، أي الاكتئاب، والأفكار السلبية، أي التفسيرات اللاعقلانية، تؤدي إلى ما يسمى بالحلقة المفرغة، أي تبادل التأثير السلبي والتأثر بين متغيرين أو أكثر.

وعند الإفلات من هذه الحلقة، والتخلص من هذه العملية المدمرة، تستطيع أن تتحكم في حالاتك الاكتئابية، ومن ثم تزداد فرص الصحة والسلام النفسي والانتقال إلى حالة مزاجية أفضل.

وإحدى الطرق الممهدة لكسر هذه الحلقة هي العمل على التحكم المباشر في الأفكار السلبية، وإنقاصها.

وهناك طرق متنوعة تستخدم لتحقيق هذا الغرض. وللتدريب عليها، وتحديد فاعلية كل طريقة منها، وملاءمتها لك، قم بتجربة كل واحدة منها لمدة أسبوع.

في خلال هذا الأسبوع، قم بحصر كل الأفكار السلبية التي تتملكك يوميا.

فإذا وجدت في نهاية الأسبوع أن هذه الأفكار تتناقص يوما بعد يوم، فهذه الطريقة إذن أفضل من الطرق الأخرى التي لا يصحبها تناقص مماثل في مقدار الأفكار السلبية.

لا تتعجل بتبنى طريقة واحدة دون أن تجرب وتعطي فرصة مماثلة لكل طريقة من الطرق الأربع على حدة. وفيما يلي كلمة عن كل طريقة منها:

استمارة تحليل عقلاني ومتابعة علاجية

أ ـ سجل هنا الموقف أو الخبرة التي حصلت لك حديثا وكان من نتيجتها الشعور بالاضطراب والضيق الشديد في «ج»:

ب ـ فكرتك أو تصورك غير العقلاني الذي استخدمته لتفسير هذا الموقف (مثلا: مركزي الأدبي سيتحطم لو سمحت لأحد بأن يناقشني في عملي ـ كارثة كبرى أن أرفض، سأكون كما مهملا لو فشلت في شيء ـ من واجبي أن أعرف كل شخص بحقيقته).

ج ـ المشاعر والضيق الغالب (ركز على الانفعال والشعور الذي غلب عليك عند حدوث الخبرة أو الموقف مثلا ـ أشعر بأنني ممتلئ غضبا ـ أشعر بالخوف والقلق ـ شعرت بأنني مهدم ومكتئب ـ شعرت بأنني مهمل ومنبوذ).

شعرت:

د ـ كيف تصرفت عندما فكرت بهذه الطريقة: (ركز على التصرفات والسلوك مثل: الانسحاب الشديد، النوم، لم أذهب للعمل، مشاجرة).

هـ ـ الدحض أو التفنيد الذي قمت به للفكرة غير العقلانية لكي تقلل من تأثيرها فيك (مثلا: أين الدليل على أن تجاهل شخص لي يعني أنني تافه، ما الدليل على أنه لا توجد رسائل أخرى غير الحنق والغضب لحل السخافات الاجتماعية، ما هو الدليل على أن غيبة الناس لنا تعكس عيبا فينا وليست نتيجة عيوب فيهم).

و ـ التعديل الذي حدث في الفكرة غير العقلانية نتيجة للدحض (مثلا: ليست كارثة ولكنها سوء حظ، لا توجد وسيلة واحدة لمواجهة المشاكل، الفشل في شيء لا يعني الفشل في كل شيء ـ المشادات لا تعني دائما أن كل الناس أشرار ـ أنا مسؤول عما أفعل وليس عما يفعل الآخرون... إلخ).

ز ـ التعديل الذي حدث في الشعور نتيجة للدحض (مثلا: شعرت باختفاء الخوف ـ شعرت بالتعاطف مع الآخرين ـ غضبي بدأ يختفي تدريجيا... الخ).

ح ـ التعديل الذي حدث في السلوك (مثلا: وجدت نفسي أكثر استرخاء ـ حاولت أن أقوم بمزيد من الاتصالات لحل المشكلة ـ كنت أكثر هدوءا

عند مواجهة الشخص أو الموقف).

ط ـ المعتقدات والانفعالات والتصرفات التي ما زالت تحتاج إلى العلاج.

(ملاحظة: أجب في البداية عن «ج» ثم انتقل إلى «أ»)

مقاطعة الفكرة وإيقافها:

إذا شعرت بأنك تعمل على تكوين أو تطوير فكرة سلبية بشكل آلي، قم فورا بالتدخل لإيقافها، وعد إلى الفكرة الأساسية التي كنت تفكر فيها وكانت تسيطر على ذهنك، قبل أن تطفو الفكرة الأخيرة. ولتحقيق ذلك تحتاج أن تدرب نفسك على التيقظ عند حدوث التفسير أو الفكرة السلبية مباشرة. ثم أن تعمد عند حدوث الفكرة السلبية، إلى إيقافها، وفق هذه العبارة «إنني سأوقف هذه الفكرة الآن». ثم انتقل بهدوء، ودون أي اضطراب إلى الفكرة غير السلبية التي سبقت ظهور الفكرة الأخيرة.

وهذه الطريقة السابقة هي تعديل لفكرة «ولبي» الأصلية التي تتضمن القيام بعملية «التوقف» بطريقة أكثر قوة وشدة. وتختلف طريقة ولبي في بعض التفاصيل، فهي تتطلب البدء في ممارسة هذا الأسلوب في مكان خاص لا يسمعك فيه أحد، أي في المنزل بمفردك، أو في مكتبك عندما تكون متأكدا من أن أحدا لا يسمعك، أو في سيارتك الخاصة، إن كنت تملك سيارة، أو في أي مكان آخر.

وعندما تكون مهيأ للبدء في التدريب، عليك أن تبدأ في استثارة الفكرة السلبية على نحو متعمد. وعندما تتبلور الفكرة جيدا، صح بكلمة «قف»، قلها بحزم وبصوت مرتفع. ستلاحظ أن الفكرة السلبية ستتوارى لثوان كرد فعل للصوت العالي. كرر هذا الإجراء مرات ومرات بالنسبة لعدد آخر من الأفكار السلبية الأخرى، ولمدة ثلاثة أيام متوالية. بعدها ابدأ تدريجيا في تخفيض صوتك، لكن مع المحافظة على قوة النبرة. استمر في هذه العملية، حتى تصبح عبارة «قف» تتم بشكل هامس ثم بشكل غير مسموع. وفي هذه المرحلة يصبح بإمكانك أن تستخدم هذه الطريقة الأخيرة حتى في المواقف العامة.

وهناك من ينصح، باستخدام أساليب من العقاب الذاتي للعمل على إيقاف الفكرة السلبية، مثل صفع اليد، أو إحاطة معصم اليد بإطار من

المطاط (أستك) قوي تشده لنهايته، وتتركه ينزلق بشدة على المعصم في كل مرة تسيطر عليك خلالها الفكرة السلبية، أو الذكرى والصورة الذهنية التي تمهد لحدوث الاضطراب.

ولكن مهما كانت الطريقة التي ستستخدمها، للتدرب على طريقة الإيقاف، فمن الضروري أن تحتفظ بسجل يومي للأفكار السلبية والإيجابية، وأن تتابع مدى التقدم الذي تحرزه دوريا.

الدحض والتفنيد:

أشرنا إلى أن القيام بعملية دحض وتفنيد للأسلوب الخاطئ من التفكير، يؤدي إلى إطلاعنا على الجوانب السلبية أو المبالغ فيها من التفكير. والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع يساعدنا على اكتشاف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد أجدى، وأننا باستمرارنا في تبنيها لا نكرر اضطراباتنا وأخطاءنا بحذافيرها فحسب، بل إننا سنعمل على زيادتها وقوة تأثيرها. ومن ثم فإن التغير في المعرفة غالبا ما تنعكس آثاره في مجال الفعل والشعور. ويحدث شيء من هذا القبيل في حالة الاكتئاب، فكلما ازداد وعينا وتبصرنا بأن هناك بدائل عقلانية صحيحة، ازدادت جاذبية تلك الأفكار الصحيحة ـ الجديدة واحتمال تبنيها أسلوبا دائما وجديدا في الشخصية.

ومن المهم هنا أن نشير إلى أن النتائج التي تثبت فاعلية الاقتناع والدحض في تغير الاتجاهات دلائل قوية. وعندما يحاول المعالج، أو الأستاذ، أو الموجه أو أي شخص آخر إقناع شخص معين بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الأشياء، وأن يتبنى أفكارا أكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية، فإن من السهل ليس أن نتبنى أفكارا جديدة ونافعة فحسب، بل إن فاعلية الإنسان الاجتماعية تزداد، وتتحسن قدراته على التوافق.

تعلم طرقا أكثر إيجابية لمعالجة المشكلات الانفعالية والعاطفية:

وثمة خاصية أخرى من خصائص الاتجاهات الجديدة في علاج طرق التفكير والمعتقدات، وهي تعليم الأشخاص طرقا جديدة لحل مشكلاتهم

العاطفية والسلوكية . فمن الممكن تصور أن الاضطراب يحدث عندما نفشل في مقابلة تحديات التوافق في المجتمع، وفي استخدام إمكانياتنا، أو نقاط قوتنا بفاعلية. ولهذا تتطلب الصحة أن نتعلم طرقا أكثر إيجابية لمواجهة مشكلاتنا العاطفية والنفسية، وفق نقاط منها:

- تنمية القدرة على حل المشاكل بدلا من الهروب منها أو تأجيلها، أو تجنب المواقف المرتبطة بإثارتها.

- معرفة أن هناك طرقا بديلة للوصول إلى الأهداف، غير الطرق المرضية التي ألفناها.

- صقل قدرتنا على فهم دوافع الآخرين الذين يدخلون معنا في تفاعلات أو علاقات اجتماعية.

- أن ندرك أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف.

ولهذا من الضروري أن نساعد الشخص على توظيف أفكاره الجديدة المنطقية حالما تحدث، وذلك بدفعه وبتكليفه بواجبات منزلية home work، يسعى الشخص من خلالها إلى ممارسة أفكاره المنطقية عمدا وفي مواقف حية، أي يتصرف بطريقة تعكس اتجاهه الجديد، وتغيراته الذهنية الإيجابية. لهذا فقد نوصي المريض بأن يقوم بتأمل ما يقوله لنفسه في موقف معين.

وتبين الممارسة العلاجية أن محاولة خلق مواقف حية، وتطويع أنفسنا على الدخول فيها باتجاهات عقلية مختلفة يساعد على التغير في الجوانب الفكرية، والسلوكية، والوجدانية على السواء. فالشخص الذي يعزف عن الاتصال الاجتماعي، بسبب الخجل مثلا يمكن أن يشجع على تعمد الدخول في مواقف حية كانت تسبب له الارتباك من قبل: مثل مبادرة النقد المتعمد لرأي زميل أو رئيس، أو تعمد رفع الصوت في المناقشات، أو الدخول إلى الأماكن العامة، كمحلات البيع، مع المجادلة مع الباعة عن الثمن ونوع البضاعة...الخ.

التعديل من أهمية بعض الأهداف:

ومن الأساليب الممكنة للزيادة من الأفكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية، أن نغير من أهمية الأهداف نفسها بالنسبة للشخص. فالشخص الذي يعتقد أن من الضروري أن يظهر دائما بمظهر قوة الشخصية والسيطرة

والتحكم في الأمور، قد يدخل نتيجة لهذا في صراعات اجتماعية مع حاجات الآخرين من الزملاء أو المرؤوسين أو شركاء الحياة الزوجية، أو الأبناء في التعبير عن ذواتهم، مما يوقعه ويوقع من يتصلون به في ضروب من الاضطراب. في مثل هذه الحالات فإن تنبه الشخص إلى أن أهدافه في إثبات رجولته وقوته غير واقعية وغير معقولة، سيساعده على أن يعدل سلوكه الاجتماعي التالي تعديلا ملحوظا. وفي مثل هذه العملية من التصحيح المستمر للأخطاء في القيم والأفكار، ينبغي النظر إلى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلية القائمة على فهم دوافع الآخرين. فقد يؤدي الظهور بمظهر القوة والسلطة ـ مثلا ـ إلى نتائج وإرضاء مباشر من الناس، إلا أن النتائج البعيدة لمثل هذا السلوك قد تكون وخيمة العواقب.

التعديل البيئي:

ولتعديل المسالك الذهنية، علينا ألا نتجاهل وألا نقلل من شأن استخدام التغير في البيئة الاجتماعية لإحداث التغير في أسلوب التفكير. فإن بعض أخطائنا الفكرية قد تكون مكتسبة نتيجة لإحباطات خارجية، أو فشل سابق (التقدم لعدد من الأعمال دون الحصول عليها قد يؤدي إلى تشكيل أفكار خاطئة عن الذات مثل «إنني إنسان فاشل» أو «ضئيل الأهمية»، والفشل السابق مع أفراد الجنس الآخر قد يؤدي إلى أفكار خاطئة بأننا نفتقد الجاذبية...الخ). لهذا من المهم أن نستخدم التغيير في البيئة الاجتماعية استخداما جيدا لإحداث التغير في الشخصية، وتعتبر الواجبات المنزلية التي أشرنا إليها آنفا طريقة لذلك. أضف إلى هذا أن المعالجين قد ينصحون بتغيير اتجاهات الآخرين الذين يعيشون مع الشخص أو يحتكون بهم. ولهذا فعملية العلاج قد تشمل الشركاء في الحياة الزوجية أو الآباء أو غيرهم من الأصدقاء، أو الجماعة التي يعيش معها. وقد أشرنا سابقا إلى أن تغيير طريقة الملبس، وتغير الوضع الاجتماعي، تؤدي إلى تغيير في توقعات الأفراد عنا وبالتالي تغير سلوكنا.

استخدام الكف المتبادل:

ومن الأساليب الأخرى التي يلجأ إليها المعالجون، لتغيير أفكارنا

اللامنطقية عن أنفسنا وعن الآخرين استخدام الكف المتبادل. فنحن نعرف من خلال هذا المفهوم أن الإنسان لا يمكن أن يكون قلقا ومطمئنا في وقت واحد، أو مبتهجا ومكتئبا في نفس الآن. لذلك نستعيض عن استجاباته بالقلق باستجابات من الطمأنينة (الاسترخاء مثلا) عند التعامل مع مصادر التهديد. ويصح هذا أيضا بالنسبة للأفكار: فالإنسان لا يكون منطقيا ولا منطقيا في نفس الوقت، ولا يتبنى فكرة سلبية وإيجابية عن نفسه في نفس الوقت، كما لا يمكن أن تكون أفكاره عن الآخرين هادئة وغاضبة في نفس الآن. لهذا من الممكن أن يغير الشخص أفكاره الداخلية السلبية عند حدوث موقف معين بأفكار إيجابية. من الممكن مثلا أن يربط أداءه لعمل ما بتصور العمل على أنه مصدر للمتعة، بدلا من تصوره على أنه واجب ثقيل. مثال هذا أيضا حالة شاب متدين، كان يشعر بالذنب إذا ما قضى وقتا طيبا، أو إذا كان من حوله جو مرح. لقد كان يظن أن هذا المناخ لا يتناسب مع معتقداته عن المرح بأنه ضياع وتفاهة، وقد أخذ سلوكه في التحسن، وأخذت مشاعر الذنب عنده تتناقص بشكل واضح، عندما استبدل هذا التصور للمرح بتصور آخر بأن الوقت الطيب لا يعني الضرر بالآخرين، كما أن المتعة لا تعني إيقاع ضرر بأحد، حتى لو بدا أن أصدقاءه لا يتفقون معه في هذا الرأي.

وتعتبر طريقة الكف المتبادل طريقة فعالة في إحداث التعديل السلوكي المطلوب، فضلا عن أنها تحسن من استخدام البيئة بإدراكها ـ في مواقف التهديد ـ على أنها أقل مدعاة للاضطراب والتخوف.

وثمة أسلوب آخر يساعد على إحداث تغيرات فكرية وسلوكية إيجابية، يتمثل في لعب الأدوار. فإذا تأتى لواحد من الأشخاص المضطربين أن يعبر أمام مجموعة من الآخرين عن اتجاه أو سلوك مختلف، فإن هذا السلوك سيتحول إلى خاصية دائمة في شخصيته. فالشخص المكتئب، الذي يدفعه اكتئابه إلى الإسراف في الصمت أو البعد عن التفاعل مع الآخرين، والذي يكثر من نقد ذاته قد ينجح في أن يقلل من اكتئابه إذا ما طلب منه أداء دور مختلف لمدة ثلاثة أيام، يقوم خلالها بالتصرف كما لو كان خاليا من كل العيوب، أو كما لو كان إنسانا شديد الجاذبية، حسن الحديث، وقادرا على المبادرة بخلق علاقات اجتماعية. أن يتاح لهذا الشخص أن يشاهد نتائج

إيجابية للدور الجديد الذي يتبناه (في شكل حب الآخرين، أو توددهم له مثلا) قد يساعد على تعديل فكرته اللاعقلانية عن نفسه، وعن ضرورة الشكوى والسلبية الاجتماعية التي لم يكن مدربا على غيرها من قبل.

ولهذا الأسلوب أهمية أيضا في جوانب لا تتعلق بالعلاج، بل تتعلق بالحياة الاجتماعية بشكل عام. إذ كثيرا ما يبدأ الناس في النظر إلى حياتهم بشكل مختلف إثر الدخول في دور مهني جديد. فخبرة القيام بدور مهني تعطي الشخص رؤية جديدة للدور وتدفعه إلى تبني مجموعة من الاتجاهات والتوقعات المطابقة للدور. وهذا صحيح أيضا في حالات السلوك المرضي. فالتشجيع على مواجهة مشكلة بطريقة لعب دور إنسان عادي وناجح، سيؤدي إلى النظر إلى أساليبنا اللاتوافقية بشكل مختلف.

الإقلال من التنافر المعرفي:

تنشأ في حالات كثيرة أنواع من الاضطرابات النفسية بسبب ما يسمى بالتنافر المعرفي، أي عندما نعتنق فكرتين متنافرتين عن شيء واحد، بحيث تؤدي كل فكرة منهما إلى تصرفات متعارضة مع ما تؤدي إليه الفكرة الأخرى. فالشخص الذي تشده فكرة السفر للخارج لتحسين وضعه الاقتصادي، أو للحصول على درجة من التدريب والتعليم في مجاله، قد تشده أيضا فكرة الاستقرار في وطنه والإبقاء على وظيفته التي قد يفقدها بسبب هذا السفر. هنا تنشأ حالة من القلق غير السار والاكتئاب الذي ينطوي على أخطار للصحة النفسية. ومن الأشخاص أيضا من يعرف عن نفسه شيئا (بأنه جذاب أو لبق مثلا)، ولكنه يعلم أن فكرة الآخرين عنه (بأنه انتهازي أو متسلق) لا تتسق مع فكرته عن نفسه. هنا أيضا يجد الشخص في هذا التنافر عقبة كأداء قد تشله عن الحركة عندما يرغب في التفاعل مع الآخرين. وقد تبين للكاتب أن زيادة التنافر المعرفي كثيرا ما تسبب فيما يبدو جزءا كبيرا من حالات القلق والاكتئاب. فقد يعرف الشخص أن عمله يحتاج منه إلى الانطواء والبعد عن الناس والاختلاف، لكن متطلبات عمله تتنافر مع ما يتطلبه منه المجتمع من ضرورة الخضوع لمعاييره، والاختلاط والتوافق والإغراق في عادات اجتماعية تافهة. هنا تكون النتيجة هي الشعور بالصراع والتنافر الذي تصحبه حالات وجدانية غير سارة من

القلق والاكتئاب.

ومن الممكن في مثل هذه الحالات، البحث عن طرق متعددة للتقليل من هذا التنافر أو التقليل من آثاره النفسية المدمرة. من هذه الطرق مثلا العمل على تدعيم إحدى الفكرتين تدعيما إيجابيا، بحيث يزداد وزنها وتزداد قيمتها عن الفكرة اللاتوافقية، كأن يعترف الشخص مثلا بأن عمله قد يفرض عليه واجبات ثقيلة أخرى، وقد يحرمه من بعض المتع المؤقتة، ولكنه هو مصدره الرئيسي للدخل المادي وللشعور باحترامه لنفسه والحصول على احترام الآخرين في النهاية.

ويمكن الإقلال من التنافر بطريقة أخرى، تستند إلى أن يغير الشخص اتجاهه نحو أحد الموضوعين بحيث يضفي عليه قيمة أقل من الموضوع الآخر. ففي حالات بعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب، قد يحتاج الشخص لإعطاء وزن أكبر لسعادته الشخصية وشعوره بالرضا عن نفسه، أكبر من الوزن الذي يعطيه لتأييد الآخرين أو حبهم له، خاصة إن تعذر تحقيق الهدفين معا.

وفي حالات أخرى، قد يتعارض تصوري لذاتي مع تصور الآخرين عني، وربما يكون من الأفضل للصحة النفسية في هذه الحالة، أن يضع الشخص قيمة أقل لتصورات الآخرين السلبية له، فيدركها على أنها أقل أهمية وأضعف وزنا، وبالتالي قد يزداد وزن الفكرة الأخرى وتزداد قيمتها وهي في هذه الحالة، فكرة الشخص عن نفسه بأنه على قدر مرتفع من الصواب، والاقتناع بإمكانياته، كما في هذه الحالة:

حالة طالب جامعي سعودي بكلية الطب. انتقل من بيئته البدوية إلى مدينة كبرى بسبب دراسته. بدأ يشكو من الاكتئاب الذي تمثل في صعوبة التركيز، والأرق، والتأنيب الذاتي، وتحقير الذات. ذكر أنه قد زار من قبل أحد الأطباء النفسيين في المنطقة، وأنه وصف له بعض العقاقير المضادة للاكتئاب، ولكن هذا لم يكن كافيا فيما يبدو لإنهاء أزمته. ذكر أن شكواه الرئيسية تبدت في أمور خاصة بالدراسة. فقد بدأ سجله في التدهور، وأصبح ينتقل من سنة إلى أخرى إما بتقديرات ضعيفة لا تتناسب مع إمكانياته العقلية، أو ينتقل بمواد تضاف لمواد العام التالي مما يضاعف أعباءه، ويزيد من إحساسه بالدونية والاكتئاب. حاولت أن أعلمه بعض

الأساليب في تنظيم الوقت، والجدول الدراسي، لكن هذا لم يكن كافيا، بل إن إحساسه بالدونية والتأنيب الذاتي تزايدا، نتيجة لأنه فشل أيضا وفي أيام كثيرة، في الالتزام بمتطلبات تنفيذ الجدول. وعندما تساءلت عن السبب في عجزه عن تنظيم وقته والالتزام بجدول دراسي، تبين لي أن ذلك بسبب زيارات الأهل، والأصدقاء، والتماساتهم المستمرة في طلب العون منه في أمور شخصية كالمجالسة، وتكليفه بزيارات لأشخاص أو أماكن في المنطقة، لحل أمور كان يمكن تأجيلها لولا إحساسهم بأنه متاح في أي وقت يطلبونه فيه. وهنا بدأ العلاج يأخذ منحى إيجابيا وفعالا، عندما أدركت أنه يعطي قيمة أكبر لعلاقاته الاجتماعية، وإرضاء الآخرين، وضمان الحصول على حبهم وتقديرهم، حتى لو تعارض ذلك مع متطلبات العمل والدراسة. ولهذا فقد وجهت خطة العلاج إلى وجهتين: الأولى إقناعه بضرورة أن يوازن بين متطلبات نموه الشخصي والمتطلبات الخارجية التي تجيئه من قبل الأسرة، والأصدقاء. وقد تبين خلال ذلك أنه يتعذر عليه المحافظة بقيمتين متناقضتين، ومن ثم فإن عليه أن يكون قادرا على تحديد أوقات ملائمة يختارها هو، للقيام بواجباته الاجتماعية نحو الأسرة والأصدقاء، وأن يتعايش مع فكرة أن هناك سبلا متنوعة للحصول على حب الآخرين وتقديرهم، غير أن يكون ذلك بالضرورة متضمنا خسارته الشخصية.

ولم يكن ذلك سهلا عليه في البداية بسبب التقاليد القبلية التي نشأ فيها، والتي يتعذر عليه إزاءها أن يرفض على نحو مباشر التماسات الأهل أو الأصدقاء. ولهذا فقد ركزت الخطة، بحيث يتدرب على ممارسة بعض الأساليب التوكيدية، فيبدأ تدريجيا بالقيام ببعض المناحي السلوكية، بحيث يتمكن من الانفراد بنفسه ومع كتبه ما يعادل أربع ساعات يوميا على الأقل، يحاول خلالها أن يعطل الاتصال الهاتفي بالخارج، وأن يرفض فتح باب حجرته في بيت الطلاب أثناء الدراسة، فضلا عن أن يدرب نفسه على التعبير عن المشاعر الإيجابية نحو الأهل والأصدقاء، في فترات يومية يختارها هو ولا تتعارض مع متطلبات عمله. وكنت أهدف من ذلك إلى أن أعرفه إلى أن تأكيد الذات لا يعني بالضرورة رفض الآخرين أو خسارتهم. وأنه على العكس سيمكنه من تعميق علاقاته بالخارج، ولكن في الأوقات التي يختارها هو. وقد أخذ العلاج ينحو منحى إيجابيا، وبدأت ثقته بنفسه

تتزايد يوما بعد يوم، فقد تغير سلوكه في داخل الفصل وأصبح على إلمام بالمحاضرات، كما أصبح قادرا على الدخول في مناقشات أكاديمية نمت عن حسن استيعابه. وقد ذكر أيضا أنه قد رسم بالتعاون مع الطبيب النفسي خطة تقوم على تخفيض العقاقير المضادة للاكتئاب، التي توقف عنها الآن بالكامل.

ومن المهم أن نشير من جديد، إلى أن كثيرا من جوانب هذا التنافر ينبع أحيانا بسبب قيم اجتماعية خارجة عنا. فالمجتمع الذي لا يركز على الفردية، والإنجاز الشخصي، والعمل المنفرد كقيمة إنسانية، مثلا يؤدي مباشرة إلى إثارة الشك والقلق لدى الشباب، خاصة في مراحل الدراسة التي تتطلب منهم إنجازا، ومقدرة على تنمية الفردية والانعزال المؤقت. ويكون الشعور بالاكتئاب في مثل هذه الظروف محصلة منطقية، بسبب الفشل في الحصول على الإنجاز المطلوب، الذي يعتبر من الشروط الرئيسية لتحقيق الاحترام الذاتي والتقدير الشخصي. في مثل هذه الحالات، من الضروري أن نشير إلى أن التخفيف من آثار التوترات المعرفية يحتاج إلى جهود العلماء الاجتماعيين، بقدر مساو لجهد المعالج السلوكي - حيث يكمن الحل الواضح لمثل هذه الأنواع من التنافر، في ضرورة تغير التصورات الاجتماعية العامة عن مشكلات نعتبرها من وجهة النظر النفسية شديدة الأهمية.

تجنب الربط بين وقائع غير مترابطة بالضرورة:

أثبتنا حتى الآن أن وراء كل اضطراب انفعالي بناء ونمطا من التصورات والمعتقدات، التي يتبناها الفرد عن الحياة وما يواجهه من مواقف وخبرات، وبينا أن من الممكن أن تتعدل هذه الاضطرابات الانفعالية بتعديل هذه التصورات والمعتقدات، وما أوردناه في الصفحات السابقة يمثل نماذج من الأساليب، التي كشفت عن فاعليتها في تعديل أنواع التفكير الخاطئة، والتي تكون إما على شكل:

- معتقدات ووجهات نظر خاطئة يتبناها الشخص عن نفسه وعن الآخرين، فتسبب له التعاسة والهزيمة الذاتية وأشكال الاضطراب الأخرى، أو تكون.
- في شكل أساليب خاطئة من التفكير في الأمور كالمبالغة، والتعميم،

وجمود التفكير وتصلبه.

لكن الكاتب لاحظ أن هناك أسلوبا آخر من التفكير يرتبط بالاضطراب النفسي. فمن الملاحظ بين المصابين بالاكتئاب أو القلق، قيامهم بعملية ربط بين وقائع وظواهر غير مترابطة، وأن يستنتج الشخص من ذلك نتائج سلبية تتعارض مع متطلبات الصحة النفسية والعلاج. النتيجة المرجحة هي دائما إثارة الاضطراب، أو الاستمرار في تغذية اضطراب سابق وتدعيمه بحيث يتعذر علاجه، أو تتضاءل فرص تعديله. أمثلة: فهناك من يأتي للعلاج وهو يذكر أن سبب التعاسة لديه هو أنه حساس أو انطوائي بطبيعته. وهناك الشخص الذي يرى أن سبب تعاسته هو نشأته في ظروف أسرية تعيسة. وهناك من يتملكه الاكتئاب نتيجة للإحساس بالذنب، لأن أحد أفراد أسرته قد أصيب بمشكلة جسمية أو نفسية عارضة. وهناك شخص كان يتملكه التشاؤم في يومه كلما كان يواجه عقبة بسيطة، ليست لها أي صلة بالمشكلات التي سيواجهها خلال يومه (كأن تتحول إشارة المرور إلى اللون الأحمر قبل أن يعبرها). وفي أحيان كثيرة تجد من يتهم نفسه بأنه غير محبوب من شخص آخر، لأن هذا الآخر كان يتبادل حديثا وديا مع شخص ثالث لا يحمل له الود. وتتشابه مع هذه الأمثلة، بعض الطلاب الذين يربطون تخلفهم الدراسي أو فشلهم في موقف تحصيلي، بسبب أنهم أغبياء ولا يفهمون جيدا، بدلا من أن ينسبوا ذلك إلى تعارض نشاطاتهم الاجتماعية مع الأوقات المطلوب تخصيصها للمذاكرة.

تعكس هذه الأمثلة السابقة جميعها استجابات مضطربة، نتيجة للربط بين الاضطراب وبين وقائع ليست لها علاقة منطقية بالاضطراب. فمرة ننسب تعاستنا لأسباب تبدو علمية كالوراثة، أو الخبرات الماضية، ومرة ننسبها لحوادث عارضة كرؤية شخص معين، أو حدوث أمر تافه ليست له صلة منطقية بالاضطراب والتشاؤم، ومرة ننسبها لضعف في خصيصة أخرى من خصائصنا الشخصية، ولكن ليست لها علاقة هذه المرة بالموضوع أو بالشعور المرتبط بالاضطراب النفسي والانفعالي.

وعادة ما كان الكاتب الحالي يجد أن العلاج (بالنسبة لعدد لا بأس به من الحالات التي كان يتعامل معها) يتحول إلى الفاعلية، وينحو منحى ناجحا إذا ما قام الشخص بتعديل هذه الخاصية من التفكير، وعادة ما يتم

ذلك من خلال توجيه انتباه الواحد منهم، إلى خطأ الربط بين جانبين غير مترابطين في حقيقة الأمر، وأن لكل جانب من هذه الجوانب المرتبطة معا (من وجهة نظر الشخص الذي يعاني من الاضطراب)، قوانينه وأحكامه الخاصة التي تمت أو تتم على نحو مستقل. ولا شك في أن أي مراقبة للذات عند القيام بعملية الربط بين واقعتين أو أكثر، والتشجيع على عزل المشكلة التي يواجهها الشخص عن السياق السلبي الذي تنسب له المشكلة (كالوراثة، وسوء الحظ، والخبرات الماضية، والأحداث غير السارة ـ العابرة)، مع مساعدة الشخص من خلال عملية الدحض والتفنيد، تساهم جميعها في تعديل وجهة نظر الشخص إلى مشكلته. ونتيجة لهذا الفصل والعزل بين الوقائع، يستطيع الشخص في فترات قصيرة نسبيا أن ينتبه إلى أخطائه الذهنية، فيتعامل الشخص مع مشكلته على أنها معزولة عن كل الأفكار الضبابية التي كان يتبناها عنها من قبل، ويصبح نتيجة لهذا قادرا، وربما لأول مرة في حياته، على تبني اتجاه علاجي، يستطيع من خلاله أن يتحمل بعض المسؤوليات التي كان يهرب منها من قبل، وأن ينظر إلى بعض الشروط الحقيقية التي تساعده بالفعل على مواجهة مصادر الاضطراب، أو أن تقل إحباطاته وقلقه عندما يواجه خبرة غير سارة، فيرى أن تأثيرها في حياته تأثير منعزل ومحدود بالنتائج التي يثيرها هذا الموقف في لحظتها، ليس أكثر.

المراجع

أولا: مراجـع بالعربية:

إبراهيم عبد الحميد (1995). الرعشة الأولى وهؤلاء الأدباء. القاهرة: دار المعارف، اقرأ العدد 594.

إبراهيم، عبد الستار (1978). أصالة التفكير: دراسات وبحوث نفسية، القاهرة: الأنجلو المصرية، 1978.

إبراهيم، عبد الستار (1985). الإنسان وعلم النفس. عالم المعرفة، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

إبراهيم، عبد الستار (1985). ثلاثة جوانب من التطور في دراسة الإبداع. عالم الفكر، 15, 4، ص ص 25 ـ 63.

إبراهيم، عبد الستار (1987). أسس علم النفس: الرياض: دار المريخ.

إبراهيم، عبد الستار (1987). علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ.

إبراهيم، عبد الستار (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة: دار الفجر.

إبراهيم، عبد الستار (1991). القلق: قيود من الوهم. القاهرة: كتاب الهلال.

إبراهيم، عبد الستار (1996). الضغوط النفسية: نافذة على الصحة والمرض. الدمام: مطبوعات جامعة الملك فيصل.

إبراهيم، عبد الستار، وإبراهيم، رضوى (1996). الحضارة والعلاج النفسي. مجلة العلوم الاجتماعية، 24, 3, 79 ـ 107.

إبراهيم، عبد الستار، والدخيل، عبد العزيز، إبراهيم، رضوى (1993). العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من تطبيقاته. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عالم المعرفة.

إبراهيم، رضوى (1997). المراهقة والتعامل مع أبنائنا المراهقين. الدمام: جامعة الملك فيصل.

ابن سينا، أبو علي الحسين. القانون في الطب، الجزء الثاني. بيروت: دار صادر.

ابن المقفع، عبدالله (1911). الأدب الصغير. تحقيق أحمد زكي باشا. القاهرة: نظارة المعارف العمومية (طبعة دار ابن حزم، بيروت، 1994).

ابن المقفع، عبدالله (1912). الأدب الكبير. تحقيق أحمد زكي باشا. القاهرة: نظارة المعارف العمومية (طبعة دار ابن حزم، بيروت، 1994).

الأصفهاني، أبو الفرج (1993). أخبار النساء في كتاب الأغاني. جمع وشرح عبد الأمير مهنا. لبنان، بيروت: مؤسسة الكتب الثقافية (الطبعة الثانية).

الجوزية، ابن القيم (من دون تاريخ). أسباب شرح الصدور. الرياض: دار الفرقان.

الشاروني، يوسف (1989). الشحاذ. في فاضل الأسود (اختيار وتصنيف). الرجل والقمة: بحوث ودراسات. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب (ص ص 449 ـ 457).

الرخاوي، يحيى (1979). دراسة في علم السيكوباثولوجي: شرح سر اللعبة. القاهرة: دار الغد للثقافة والنشر.
الرخاوي، يحيى (1992). قراءات في نجيب محفوظ. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
الزيات، لطيفة (1989). الشحاذ. في فاضل الأسود (اختيار وتصنيف). الرجل والقمة: بحوث ودراسات. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب (ص ص 565 ـ 586).
أرجايل، ميشيل (1987). علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم ـ الطبعة الثانية.
أرجايل، ميشيل (1993). سيكولوجية السعادة، ترجمة فيصل عبد القادر يونس، ومراجعة شوقي جلال. الكويت: عالم المعرفة.
أريتي، سيلفانو (1991). الفصامي: كيف نفهمه ونساعده، دليل للأسرة والأصدقاء. ترجمة، عاطف أحمد. الكويت: عالم المعرفة.
السعدي، عبد الرحمن بن ناصر (1996). الوسائل المفيدة للحياة السعيدة. الرياض: دار الفرقان.
النقاش، رجاء (1990). عباقرة ومجانين. القاهرة: مركز الأهرام للترجمة والنشر.
العقاد، عباس محمود (1983). حياة قلم. القاهرة: دار المعارف.
جونجسما، أرثر، بيترسون، مارك (1997). خطة العلاج النفسي، ترجمة عادل دمرداش. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
ستور، أنطوني (1996). العبقرية والتحليل النفسي: فرويد ويونج ومفهوم الشخصية. في بنيلوبي، مري، العبقرية: تاريخ الفكرة. (ترجمة محمد عبد الواحد محمد، ومراجعة عبد الغفار مكاوي). الكويت، سلسلة عالم المعرفة: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب (229 ـ 323).
شيكسبير، وليم (1968). المآسي الكبرى (هاملت، عطيل، الملك لير، ماكبث). عربها وقدم لها جبرا، إبراهيم جبرا. لبنان، بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
ضيف، شوقي (1964). مع العقاد. القاهرة: دار المعارف (سلسلة اقرأ، العدد 259).
عاشور، نعمان (1996). مع الرواد. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
عبد الخالق، أحمد محمد (1994). الدراسة التطورية للقلق. حوليات كلية الآداب، 14، 90.
عسكر، عبدالله (1988). الاكتئاب النفسي: بين النظرية والتشخيص. القاهرة: الأنجلو المصرية.
عياد، شكري (1989). التساؤل الميتافيزيقي: الشحاذ. في فاضل الأسود (اختيار وتصنيف). الرجل والقمة: بحوث ودراسات. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب (ص 703 ـ 719).
كيسل، نيل (1996). العبقرية والاضطراب العقلي: تاريخ أفكار متعلقة باقترانهما. في بنيلوبي مري العبقرية: تاريخ الفكرة. (ترجمة محمد عبد الواحد محمد، ومراجعة عبد الغفار مكاوي). الكويت، سلسلة عالم المعرفة: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب (ص ص 277 ـ 298).
محفوظ، نجيب. الشحاذ (رواية). القاهرة: مكتبة مصر.
مري، بنيلوبي (1996). العبقرية: تاريخ الفكرة. (ترجمة محمد عبد الواحد محمد، ومراجعة عبد الغفار مكاوي). الكويت، سلسلة عالم المعرفة: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

ثانيا : المراجع الإنجليزية

Abbott, p. J., Weller, S. B., & Walker, S. R. (1994). Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: Preliminary data. In S. Magura, A. Rosenblum, & G. Stimmel (Eds.) Experimental therapeutics in addiction medicine.

New York, N. Y.: Haworth Press.

Abdel-Khalek, A. M. & Eysenck, S. B. G. (1983). A cross cultural study of personality: Egypt and England. Research in Behavior and Personality, 3, 215-226.

Abraham, K. (1960). Notes on psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In Selected papers on psychoanalysis, pp. 137-156. New York: Basic Books.

Adler, A. (1927). The practice and theory of individual psychology

New York: Harcourt. New York: Norton.

Agras, W. S., Horne, M., & Taylor, C. B. (1982). Expectations and the bloodpressure-lowering effect of relaxation. Psychosomatic Medicine. y44, 389-395.

Akiskal, H. S. (1987). Overview of biobehavioral factors in the prevention of mood disorders. In R. F. Munoz (Ed.). Depression prevention: Research directions.

New York, N. Y.: Hemisphere Publishing Coropration (pp. 263-280).

Albrecht, K. (1986). Stress and the manager: Making it work for You.

New York: Simon & Schuster (A touchstone Book).

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic Statistical Manual-IV (DSM-IV). Washington, D.C: American Psychiatric Association.

American Psychological Association (1996). How therapy helps people recover from depression (fact sheet). Washington, D. C.: American Psychological Association.

Anton, J. L., Dunbar, J. & Friedman, L. (1976). Anticipation training in the treatment of depression. In J. D. Krumbolz & C. E. Thorsen (eds.). Counselling methods. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Arieti, S. (1976). Creativity: The magic synthesis. New York: Basic Books.

Bandura, A. (1969): Principles of Behavior Modification. New York: Holt.

Barker, S. (1978). The Alexander Technique: The revolutionary way to use your body for total energy. New York: Bantam Books.

Barron, F (1963). Creativity and Psychological Health. New York:

Nostrand.

Barron, F (1969). Creative person and creative process. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Beck, A. T. (1969). Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1974). Depressive neurosis. In S. Arieti (Ed.) American handbook of psychiatry, Vol. 3. New York: Basic Books. 2nd. Ed.

Beck, A. T. (1974). Coping with depression. New York: Institute for rational living.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International universities

Press.
Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.), The evolution of psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.
Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression, New York: Guilford Press.
Bellack, A. S. & Muesser, K. T. (1990). Schizophrenia: In A. S. Bellack,, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) International handbook of behavior modification and therapy. (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum.
Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre, (Ed.)
Affective disorders. New York: International Universities Press. (pp. 13-48).
Briscoe, C. W., & Smith, J. B. (1973). Depression and marital turmoil. Archive of General Psychiatry, 29, 811-817.
Brown, D. (1991). Tchaikovsky: A biographical and critical study. London: Victor Gollancz.
Brown, F. (1961). Depression and childhood bereavement. Journal of Mental Science, 107, 754-777.
Burns, D. D. (1992). Feeling good: The new mood therapy. New York: AvonBooks.
Callan, J. (1979). Affective illness on the increase. Journal of the American Medical Association, 241, 16, 545.
Charlesworth, E. A. & Nathan, R. G. (191). Stress management. New York: Ballantine Books.
Cohen; D. (1994). Out of the blue: Depression and human nature. New N. Y : W.W. Norton.
Cross National Collaborative Group (1992). The changing rate of major depression. Journal of the American Medical Association, 268, 21, 3098-3105.
Culbertson, F. M. (1997). Depression and gender: An international review. Amercan Psychologist, 52, 1, 25-31.
Davis, M., Eschelman, E. R., & Mckay, M. (1993). The relaxation and stress reduction workshop. Oakland, CA: New Harbinger (2nd ed.).
Davison, G. C., & Neale, J. M. (1974). Abnormal psychology: An experimental clinical approach. New York, NY: John Wiley.
Dayringer, R. (1995). Dealing with depression. New York, N. Y: Haworth Press.
Dryden, W., & Ellis, A. (1987). Rational-Emotive Therapy (RET). In W. Dryden& Golden (Eds.) Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy. New York: Hemisphere.
DZurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126.
Ellis, A. (1962): Reason and emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
Ellis, A. (1977). Rational-emotive therapy. The Counselling Psychologist, 7, 1, 27, 2.
Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy. In J. K. Zeig (Ed.), The evolution of psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.
Ellis, A. (1996). A rational Emotive behavior therapist perspective on Ruth.

In G. Corey (Eds.), Case approach to counselling and psychotherapy. New York: Brooks/Coole Publishing Company (4th Ed.)

Ellis, A., & Dryden, W. (1987). The practice of rational-emotive therapy. New York: Springer.

Ellis, A. & Harper, R. A. (1975): A new guide to rational living. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Eysenck, H.J. (1995). Genius: The natural history of creativity. Cambridge: Cambridge University Press.

Falloon, I. R., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness. New York: Guilford Press.

Farrag, M. F. (1987). Dimensions of Personality in Saudi Arabia. Perso and Individual Differences, 8, 951-953.

Fezler, W. (1989). Creative imagery: How to visualize in all five senses. New York: Simon & Schuster.

Fenichel, O. (1945). The psychoanalytic theory of neurosis. New York: Norton.

Fieve, A. (1981). Moodswing: The third revolution in psychiatry. New York: Bantam Books.

Freud. S. (1917). Mourning and Melancholia. In Collected Papers, Vol. 4. pp. 152-172. London: Hogarth Press, 1950.

Gambrill, E. D. (1983). Behavioral intervention with child abuse and neglect. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), Progress in behavior MODIFICATION. New York: Academic Press.

Genest, M., & Genest, S. (1987). Psychology and health. Champaign, III.: Research Press.

Gilbert, p. (1992). Depression: The evolution of powerlessness. New York, N. Y.: Guilford Press.

Gelder, M., Gath, D., & Mayou, R. (1984). Oxford textbook of psychiatry. Oxford: Oxford University Press.

Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press.

Gurtman, M. B. (1986). Depression and the response of others: Reevaluating the reevaluation. Journal of Abnormal Psychology, 95, 99-101.

Hawton, K., & Kirk, J. (1991). problem solving. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide. Oxford: Oxford University Press.

Hazelton, L. (1984). The right to feel bad: Coming to terms with normal depression. New York: Ballantine Books.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Medicine, 11, 213-218.

Hewitt, j. (1985). Relaxation. Reading, Eng.: Cox & Wyman Inc.

Ibrahim, A-S (1979) Extraversion and neuroticism across culures.

Psychological Reports, 44, 799-803.

Ibrahim, A-S., & Alnafie, A. (1991). Perception and concern about sociocultural change and

psychopathology in Saudi Arabia. Journal of Social Pschology, 13, 179-186.
Ibrahim, A-S., & Ibrahim, R. M. (1993). Is psychotherapy really needed in nonwestern cultures: The case of Arab countries. Psychological Reports, 72, 881-882.
Ibrahim, A-S., & Ibrahim, R. M. (1996). The foundations of human behavior in health and illness. New York, N. Y.: Heartstone Book, Carlton Press.
Ibrahim, R. (1990). Sociodemographic aspects of depressive symptomatology: Cross cultural comparisons. Ann Arbor, Ml: UMI Dissertation Information Services.
Isen, A. M. (1984). Affect, cognition, and social behavior. In R.S. Wyer, & T. K. Srull (Eds.). Handbook of social cognition. Hillsadale, NJ: Erlbaum, 179-236, vol. 3.
Jacobson, E. (1964). Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press.
Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1992) Psychiatric drug treatment. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). Health and human behavior. New York: McGraw Hill.
Kelly, G. A. (1955). The psychology of personal constructs. New York: Norton.
Kendall, P. C., & Braswell. L. (1982). Cogntive-behavioral self-control therapy for children: a component analysis. Journal of Counselling and Clinical Psychology, 50, 672-689.
Kanfer, F. H. (1975). self-management techniques. In F. H. Kanfer & A. D. Goldiamond (eds.) Helping people Change. New York: Pergamon.
Lazarus, A. (1966). Broad-spectrum behavior therapy and the treatment of agoraphobia. Behavior Research and Therapy, 4, 95-97.
Lazarus, A. (1971). Behavior therapy and Beyond. New York: McGraw Hill.
Lazarus, A. (1987). The need for technical eclecticism: Science, breadth, & specificity. In J. K. Zeig (Ed.), The evolution of psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.
Lazarus, A. (1996). A multidimensional behavior therapist's perspective on Ruth. In G. Corey (Eds.), Case approach to counseling and psychotherapy. New York: Brooks/ CoolePublishing Company (4th Ed.).
Lewinsohn, P. M. (1984). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman, & M. M. Katz (Eds.), The psychology of depression: Contemporary theory and research. New York, NY: John Wiley.
Lewinsohn, P. M., Munoz, R. F., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (1995). Control your depression. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. S., & Shaw, D. A. (1969). Depression: A clinical research approach. In R. D. Rubin, & C. M. Franks (Eds.). Advances in behavior therapy. New York: Academic Press.
Low. A.A. (1952). Mental health through will-training. Boston: T Christopher Publishing House.
Mackinnon, D. W. (1962). The nature and Nurture of creative talent. American Psychologist, 17.
Mackinnon, D. W. (1978). In search of human effectiveness. New York: Creative Education Foundation.
Mahoney, M. J. (1974). Cognition and behavior modification. Cambridge, Mass.: Ballinger.

Mahoney, M. J. (1982). Comprehensive exercise guide. New York: BMA.

Maultsby, M., & Gore, T. A. (1987). In W. Dryden& Golden (Eds.) Cognitive behavioural approaches to psychotherapy. New York: Hemisphere.

Meichenbaum D.y (1973): Cognitive factors in behavior modi-fication: Modifying what clients say to themselves. In Cyil Franks and Gerald Wilson (eds). Annual Review of Behavior Therapy. New York: Bruner/Mazel.

Mendelson, M. (1960). Psychoanalytic concepts of depression. Springfield, III.: Charles C. Thomas.

Miller, W. R., & Seligman, M. E. P. (1973). Depression and the perception of reinforcement. Journal of Abnormal Psychology. 82, 62-73.

Munoz, R. E. (1987). Depression prevention research: Conceptual and practical consideration. In R. E. Munoz (Ed.) Depression prevention: Research directions. New York: Hemisphere Publishing Corp. (pp. 3-25).

Nias, D. K. B. (1997). Psychology and medicine. In H. Nyborg (Ed.). The secientific study of human nature: Tribute to Hans Eysenck. London, England: Pergamon. (pp. 92-108).

O’Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1978). Behavior therapy: Applications and outcome. Englewood Cliifs., N. J.; Prentice Hall.

O’Neil, N., & O’Neil, C. (1974). Shifting gears. New York: Ebans.

Ornstein, R., & Sobel, D. (1990). Healthy pleasures. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Polonsky, W. H. (1996). Relaxation training. In J. L. Jacobson, & A. M. Jacobson (Eds.), Psychiatric Secrets. Philadephia, PA: Mosby (pp 255-260).

Post, F. (1994). Creativity and psychopathology: A study of 291 world-famous men. British Journal of Psychiatry. 165, 22-34.

Premack, D. (1959). Toward empirical laws 1: Positive reinforcement.

Psychological Review, 66, 219-33.

Rado, S. (1928). The problem of melancholia. International Journal of Psychoanalysis. 9, 420-438.

Rice, P. L. (1992). Stress & health. Pacific Grove, Cal.: Brooks/Cole (2nd Ed.).

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 21, 95-103.

Romanis, R. (1987). Depression. London: Faber and Faber Limited.

Rosenblum, & G. Stimmel (Eds.) Experimental therapeutics in addiciton medicine. New York, N. Y.: Haworth Press.

Rufaie, O. E. F., & Absood, L. G. (1994). Depression in primary health care. The Arab Journal of Psychiatry, 5, 39-47.

Rushton, J. P. (1997). (Im) pure genius psychoticism, intelligence, and creativity. In H. Nyborg (Ed.). The secientific study of human nature: Tribute to Hans Eysenck. London, England: Pergamon (pp. 404-421).

Russell, B. (1930). The Conquest of happiness. New York: The American Library.

Salter, A. (1949). Conditioned Reflex Therapy. New York: Creative Age Press.

Samson, J. A. (1996). Cognitive therapy. In J. L. Jacobson, & A. M. Jacobson (Eds.), Psychiatric Secrets. Philadephia, PA: Mosby (pp 227 - 230).

Sartorius, N. (1979). Research on affective disorders within the framework of the WHO program. In M. Schou & E. Stromgren (Eds.), Aarhus symposia: Origin, prevention, and treatment of affective disorders (pp. 207-213). London: Academic Press.

Sartorius, N. (1993). Who's work on the epidemiology of mental disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28, 147-155.

Seligman, M. E. (1989). Research in clinical psychology: Why is there so much depression today? In I. S. Cohen (Ed.) The G. Stanley Hall Lecture Series. Washington, D. C.: American Psychological (pp. 69-75).

Seligman, M. E. (1995). The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong reselience. New York: Harper Perenial.

Seligman, M. E. P., Klein, D. C., & Miller, W. R. (1976). Depression. In H.

Leitenberg (Ed.) Handbook of behavior modification and behavior therapy. New Jersey: Prentice-Hall (pp. 168-210).

Selye, H. (1956). The stress of life. New York: McGraw-Hill.

Selye, H. (1980). The stress concept today. In I. L. Kutash, L. B. Schlesinger, et al. (Eds.). Handbook on stress and anxiety. San Francisco, CA: Lossey-Bass, pp. 127-129.

Simonton, D. K. (1994). Greatness: Who makes history and why. New York: Guilford.

Smith, M. J. (1975). When I say no, I feel guilty. New York: Bantam.

Spiegler, M., & Guevremont, D. C. (1993). Contemporary behavior therapy. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company (2nd. Ed).

Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. & Goldstein, A. P. (1993). Social skills for mental health: A structured learning approach. Boston: Allyn and Bacon.

Welch, G. & Jacobson, A. M. (1996). Behavior therapy. In J. L. Jacobson, & A. M. Jacobson (Eds.), Psychiatric Secrets. Philadephia, PA: Mosby (pp. 231-236).

Williams, J. M. G. (1992).The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive behavior therapy. London & New York: Routledge (Second edition).

Winter, R. (1976). Triumph over tension. New York: Grosset & Dunlap.

Whybrow, P. C. (1997). A mood apart. New York: Basic Books (A division of Harper Collins Publishers, Inc.).

Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, CA.: Stanford University Press.

Wolf, S. (1990). Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects. Journal of Clinical Investigation. 29, 100-109.

World Health Organization (1992). ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. WHO: Geneve.

Wulsin, L. R. (1996). Depressive disorders. In J. L. Jacobson, & A. M. Jacobson (Eds.), Psychiatric secrets. Philadephia, PA: Mosby (pp 74-79).

Yapko, P. (May/June 1997). The art of avoiding depression. Psychology Today, pp. 37, 75.

Zarb, J. M. (1992). Cognitive-behavioral assessment and therapy with adolescents. New York: Brunner/Mazel.

المؤلف في سطور:

د. عبد الستار إبراهيم

* أستاذ علم النفس الطبي والسريري بكلية الطب، جامعة الملك فيصل.

* استشاري العلاج النفسي والسلوكي بمستشفى الملك فهد الجامعي بالسعودية.

* عمل من قبل رئيسا لقسم الطب النفسي (السيكياتري) ورئيسا لشعبة علم النفس الطبي بالجامعة نفسها.

* شغل كثيرا من الوظائف الأكاديمية والعلاجية والاستشارية، بكبرى المؤسسات الصحية والجامعات العربية والأمريكية.

* نشر أكثر من 100 بحث ومقال في كثير من المجلات العلمية المتخصصة والثقافية في الولايات المتحدة وأوروبا والهند والوطن العربي.

* نشر كثيرا من الكتب الجامعية المتخصصة والثقافية في علم النفس والعلاج النفسي والسلوكي.

* عضو وزميل بكثير من الجمعيات العلمية العالمية في علم النفس والصحة النفسية، بما في ذلك: جمعية علم النفس الأمريكية، ومنظمة الصحة الدولية، والجمعية الدولية لعلم النفس الطبي، وأكاديمية العلوم بنيويورك...الخ.

* حاصل على البورد الأمريكي في الرعاية الصحية والخدمة النفسية، وكذلك البورد الأمريكي في العلاج الطبي والتشخيصي.

* حاصل على إجازة الممارسة النفسية من ولايتي



في نظرية الرواية
بحث في تقنيات السرد
تأليف
د. عبد الملك مرتاض

ميشيجان وكاليفورنيا .

* صدرت له من قبل ثلاثة مؤلفات (مستقلا أو بالاشتراك) في سلسلة «عالم المعرفة»: «العلاج النفسي الحديث»، «الإنسان وعلم النفس»، «العلاج السلوكي للطفل».

هذا الكتاب

الاكتئاب ليس ظاهرة أمريكية وأوروبية كما يحلو للبعض أن يردد . فهو ينتشر بنسب متقاربة في غالبية المجتمعات، وبعض الدراسات في مناطق عدة من العالم العربي بينت أننا نعاني كغيرنا من هذا الاضطراب، وأننا ربما كنا في وضع أسوأ، لقلة حجم المعروض من الخدمات النفسية والاجتماعية.

والاكتئاب لا يميز بين طفل وبالغ، ولا بين إنسان ذكي وغير ذكي، ولا بين مشهور و غير مشهور، ولا بين مفكر وغير مفكر، مما يجعل دراسة هذا الموضوع مطلبا من المطالب الأساسية على المستويات الاجتماعية والصحية والنفسية والعلمية على السواء.

ويمثل هذا الكتاب حصيلة اهتمام مهني وأكاديمي تطور لدى مؤلفه عبر سنوات طويلة من الممارسة والبحث في الوطن العربي والولايات المتحدة. يقدم كاتبه من خلال ثلاثة أبواب عرضا تكامليا متنوع المحاور حول هذه المشكلة، فيستعرض في الباب الأول بعض الحقائق العامة عن مفهوم الاكتئاب، وآثاره على الفرد والحياة الاجتماعية والصحية. كما تتضافر فصول الباب الثاني السبعة فيما بينها لشرح مختلف النظريات العلمية المفسرة للاكتئاب. ومن خلال عدة محاور يمثل كل منها برنامجا علاجيا يتكامل مع البرامج الأخرى، يركز الباب الثالث على شرح التيارات المعاصرة في العلاج النفسي السلوكي لمختلف جوانب القصور النفسي والاجتماعي لدى المكتئب. وزيادة في التوضيح، يمتلئ الكتاب بأمثلة واقعية وحالات استقيت غالبيتها العظمى من واقع الممارسة في العالم العربي.